

Affektintegrasjon i et terapiforløp med godt utfall

En deskriptiv mikroanalytisk studie

Sara Riise



Innlevert som hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

21.april 2015

*Skäms inte för att du är människa, var stolt!
Inne i dig öppnar sig valv bakom valv oändligt.
Du blir aldrig färdig, och det är som det skall.*

- Tomas Tranströmer, 1989

Affektintegrasjon i et terapiforløp med godt utfall: En deskriptiv mikroanalytisk studie

Denne hovedoppgaven har anvendt data fra ”Multisenterprosjekt for studier av prosess og utfall i psykoterapi.” Prosjektet mottar støtte fra Rådet for psykisk helse/Helse og rehabilitering, Medisin og helse, Norges Forskningsråd og Psykologisk institutt, UiO.

© Sara Riise

2015

Tittel: Affektintegrasjon i et terapiforløp med godt utfall. En deskriptiv mikroanalytisk studie

Forfatter: Sara Riise

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

IV

Sammendrag

Forfatter: Sara Riise

Tittel: Affektintegrasjon i et terapiforløp med godt utfall: En deskriptiv mikroanalytisk studie.

Veileder: Jon T. Monsen

Bakgrunn: Denne studien utforsker dialogen i ti utvalgte timer av en terapiprosess med godt utfall. Terapien er utført med utgangspunkt i affektbevissthetsmodellen (ABT), en terapimodell med eksplisitt fokus på å fremme affektintegrasjon. Formålet med studien er å beskrive utvikling i *både* de prosessene som antas å befordre endring og den temporale utviklingen i disse endringene. Studiens to forskningsspørsmål bygger på spesifikke teoretiske antakelser om hvordan endringer på makronivå (utfall) vil gjenspeiles på mikronivå i terapidialogen. ABT operasjonaliserer både intervensjoner og endringsforståelse på måter som muliggjør empirisk utforskning. Her anvendes modellens hierarkiske system for affektrepresentasjon og intervensjonsfokus (ARIF) til å beskrive forekomst av, og utvikling i, fokus- og representasjonsnivåer, affekt- og relasjonskategorier, og interaksjonsmønstre. Affektbevissthetsskalaene (ABS) brukes til å beskrive utvikling i grad av affektbevissthet.

Metode: Studiens datagrunnlag består av lydopptak fra terapitimer hentet fra *Norsk Multisenterstudie av prosess og utfall i psykoterapi*. Studien kan betegnes som en naturalistisk og eksplorerende mikroanalytisk kasusstudie. Det inntas en mixed-methods-tilnærming der data fra kvalitative forskningsverktøy kvantifiseres for å beskrive utviklingstrender og interaksjonsmønstre. Transkribert klinisk materiale brukes til å belyse og illustrere data. Kvantitative utfallsmål muliggjør sammenlikning med normative data. Dialogen fra ti utvalgte timer ble transkribert, og samtlige utsagn ble kodet med ARIF. Grad av affektbevissthet for affekten frykt ble skåret med ABS. Utvikling i affektbevissthet for andre sentrale affekter ble beskrevet kvalitativt. Deskriptiv statistikk ble brukt til fremstilling av fokusnivåer, affektkategorier, relasjonstema og affektbevissthetsskårer. Interaksjonsmønstre mellom pasient og terapeut ble studert med lag-sekvensanalyse.

Resultater: Dialogen i de utvalgte timene var kjennetegnet av arbeid på samtlige ARIF-nivåer og en økning i tidsandel brukt på høyere nivåer av affektintegrasjon. Prosessen hadde et tydelig affekt- og relasjonsfokus, og det forekom en økning i pasientens tid brukt på tydelig affekt og nære relasjoner. Sekvensanalysene tydet på at pasient og terapeut som oftest fulgte hverandres fokusnivå. Parallelt med at de to arbeidet i tråd med ABT, fremkom en utvikling i affektbevissthetsskårer for affektene frykt, skyld og sinne. Ved avslutning vitnet pasientens kapasitet til affektintegrasjon om en betydelig endret evne til å representere og reflektere over egne affektopplevelser. Den positive utviklingen i utfallsmål forekom parallelt med økningen i affektbevissthet.

Konklusjon: Den observerte utviklingen i ARIF og ABS er i stor grad samsvarende med ABT-utledete forventninger. Mulige innfallsvinkler til å forstå sammenhengen mellom terapeutisk arbeid, pasientens affektintegrasjonsprosess og hennes opplevde vansker diskuteres i lys av affektbevissthetsteori og psykoterapiforskning. Denne studien er den første som benytter ABS til skåring av terapiallog. Den må derfor anses som et innledende og eksplorerende bidrag til bruk av ABT-utledete forskningsverktøy i inngående studier av endring i terapiforløp.

Forord

Vi vet mye om at psykoterapi kan være til hjelp, men hvordan skjer egentlig endring? Og hvordan kan endring se ut? Gjennom dette arbeidet har jeg fått utforske bruddstykker av en terapiprosess som gikk forut for vesentlige endringer i minst ett menneskes liv. Tusen takk til pasient og terapeut for å ha latt meg få lov til det.

Å studere terapidialog på mikronivå har vært givende og lærerikt, men også utfordrende og tidkrevende. I det store og hele ser jeg tilbake på en tid som har vært preget av glede og interesse. Det er mye takket være at jeg har fått god veiledning. Tusen takk til Jon T. Monsen for å ha delt varmt av kunnskap, entusiasme, nysgjerrighet og tid. Det har vært inspirerende og utviklende å samarbeide med deg. Tusen takk også til Dag-Erik Eilertsen for viktige innspill om metode og fremstillingsform, og til Nils M. Sønderland for generell raushet og opplæring i databearbeiding. Det er med tungt hjerte at jeg forlater terapiforskningslaben.

Sist men ikke minst, takk til alle mine kjære som har støttet meg gjennom hele prosessen. Særlig takk til Carl for kjærighet og tålmodighet.

Oslo, april 2015

Sara Riise

Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon.....	1
1.1	Affektenes rolle i psykoterapi	2
1.1.1	Forskning på affektenes rolle i psykoterapi	3
1.2	Affektintegrasjon i psykoterapi.....	4
1.2.1	Affektbevissthetsbegrepet.....	4
1.2.2	Affektbevissthetsmodellen.....	8
1.3	Metodisk introduksjon	11
1.3.1	Studiet av endringsprosesser og endringsmekanismer	11
1.3.2	Inngående studier av enkeltforløp.....	12
1.4	Forskningsspørsmål	14
2	Metode.....	16
2.1	Design	16
2.2	Datagrunnlag.....	16
2.2.1	Pasienten	17
2.2.2	Behandlingen	17
2.2.3	Utvalg av materiale	18
2.3	Studiet av endring i et affektintegrasjonsperspektiv	18
2.4	Mål på utfall, endringsprosess og –mekanisme	19
2.4.1	Utfallsmål.....	19
2.4.2	Mål på endringsprosess.....	19
2.4.3	Mål på endringsmekanisme	20
2.4.4	Kodere og reliabilitet	20
2.5	Prosedyre.....	21
2.5.1	Inndeling av dialogen i observasjonenheter	21
2.5.2	Databehandling	21
2.6	Analyser	22
2.6.1	Kvantitative analyser	22
2.6.2	Kvalitative beskrivelser og dialogutdrag	23
3	Resultater.....	24
3.1	Endring i utfallsmål.....	24

3.2	Endringsprosess	24
3.2.1	Dialogens struktur: fokusnivåer	24
3.2.2	Dialogens tema: affekter og relasjoner	33
3.2.3	Interaksjonen mellom pasient og terapeut	35
3.3	Grad av affektbevissthet	36
3.3.1	Frykt	36
3.3.2	Skyld	38
3.3.3	Sinne	39
4	Diskusjon	40
4.1	Endringsprosess	40
4.1.1	Dialogens struktur: fokusnivåer	40
4.1.2	Dialogens tema: affekter og relasjoner	41
4.1.3	Interaksjonen mellom pasient og terapeut	41
4.2	Grad av affektbevissthet	42
4.3	Forholdet mellom prosess, mekanisme og utfall	44
4.3.1	Mulige prosesslæringsaspekter ved det terapeutiske arbeidet	44
4.3.2	Hvordan forstå endringene i utfallsmål?	47
4.4	Begrensninger og implikasjoner for videre forskning	49
4.5	Konklusjon	51
	Litteraturliste	53
	Vedlegg 1: ARIF	64
	Vedlegg 2: Affektbevissthetsskalaene med skåringskriterier	68
	Vedlegg 3: IIP-profiler	75
	Vedlegg 4: Interaksjonssekvenser	77
	Vedlegg 5: Utvikling i affektbevissthetsskårer	78

1 Introduksjon

Spørsmålet om hvorvidt psykoterapi er virksomt har vært diskutert og debattert i lang tid (e.g. Eysenck, 1952). Tradisjonelt har det vært mulig å plassere psykoterapiforskningen i to kategorier: utfallsstudier og prosesstudier (Elliott, 2012). Hensikten med utfallsstudier er å utforske ulike terapiformers effekt (kontrollerte studier) og effektivitet (naturalistiske studier) (Lambert & Ogles, 2004). I dag foreligger kontrollerte utfallsstudier og metaanalyser av disse som understøtter at psykoterapi fremmer bedring på gruppenivå (Kazdin, 2009; Lambert & Ogles, 2004; Smith & Glass, 1977; Wampold, 2001). Nye behandlingsformer utvikles jevnlig, og stadig flere av dem vurderes som effektive (Kazdin, 2001).

Utfallsstudier er godt egnet til å undersøke kausale sammenhenger mellom terapi og utfall, men de er ikke egnet til å utforske den komplekse prosessen som går forut for utfall, eller ulikheter mellom terapiformer som kan ha spesifikk betydning for terapeutiske forløp (Gullestad, 1992; McLeod & Elliott, 2011). Prosesstudier har rettet fokuset mot å identifisere og utforske hva som skjer innad i terapitimer (Orlinsky, Rønnestad, & Willutski, 2004). Prosesstudier og utfallsstudier skiller seg således fra hverandre med hensyn til både formål og fremgangsmåte (Davison, 1998). En sentral svakhet ved rene utfalls- eller prosesstudier er at de ikke fremskaffer kunnskap om hvordan endring faktisk oppstår (Elliott, 2010). Som svar på denne utfordringen lanserte Leslie Greenberg (1986) begrepet "Change Process Research" (CPR). Hensikten hans var å integrere studier av prosess og utfall for slik å muliggjøre forskning som kunne identifisere, beskrive, forklare og predikere effekten av prosessene som fører til terapeutisk endring. Han påpekte særlig behovet for å studere *både* de prosessene som antas å befordre endring *og* den temporale utviklingen i disse endringene.

På tross av en stor mengde studier av stadig høyere metodisk kvalitet, mangler vi fortsatt et godt evidensgrunnlag som belyser hvordan og hvorfor ulike terapitilnærminger er virksomme (Kazdin, 2009; Orlinsky et al., 2004). Kunnskap om prosessene som forklarer endring er nødvendig for å kunne forbedre og differensiere mellom behandlingstilnærminger, tilpasse behandling til enkeltindivider og revidere teori (Kazdin, 2009). Med denne bakgrunnen etterlyser sentrale psykoterapiforskere en vending fra et fokus på effektivitet til utforskning av hvordan og hvorfor psykoterapi virker (Doss, 2004; Elliott, 2010; Kazdin, 2009). En slik fokusendring vil også kunne bidra til økt forståelse av hvilke faktorer som bidrar til gode langtidseffekter, et område som er lite utforsket (Ekroll, 2015).

Kunnskapshullene i dagens terapiforskningsfelt kan ikke forklares ved mangel på hypoteser. En rik flora av teorier foreslår hvordan og hvorfor terapi befordre endring, og tiår

med forskning på terapiprosesser har resultert i et omfattende kunnskapsgrunnlag hva gjelder ulike faktorer ved pasient, terapeut, relasjon og intervensjoner som er relatert til utfall (Orlinsky et al., 2004). Formålet med denne studien er å undersøke et terapiforløp med godt utfall som er utført i henhold til Affektbevissthetsmodellen (ABT). ABT er en terapimodell med eksplisitt fokus på å fasilitere affektintegrasjon (Monsen & Solbakken, 2013). Modellen har vist seg virksom for flere pasientgrupper, og dens grunnleggende begreper er empirisk understøttet. Med utgangspunkt i ABT er det også utviklet teoriutledete forskningsverktøy som muliggjør detaljert beskrivelse av terapiprosesser på mikronivå. Her inntas en kombinert kvantitativ og kvalitativ tilnærming der disse forskningsverktøyene benyttes for å beskrive både hva som gjøres og hva som endres i løpet av terapiforløpet. Studien har ikke som hensikt å forklare endring, men resultatene vil danne utgangspunkt for en diskusjon av hvordan observasjonene kan forstås i lys av relevant teori og empiri, og hvilke implikasjoner studien kan ha for videre forskning.

1.1 Affektenes rolle i psykoterapi

Affekt har vært tildelt en sentral rolle i forståelsen av menneskelig fungering i lang tid¹. William James (1884) og Charles Darwin (2002/1872) argumenterte begge for at affektenes evolusjon er drevet frem av deres nytteverdi for menneskers tilpasningsevne. I dag er det enighet i litteraturen om at følelser, fra tidlig spedbarnsalder, er avgjørende for menneskers utvikling og tilpasning til et komplekst sosialt miljø (Izard, 2002; Mennin & Farach, 2007). Affektsystemet utgjør grunnlaget for den ikke-verbale kommunikasjonen som regulerer det tidlige samspillet mellom barn og omsorgsgiver (Beebe & Lachmann, 1998; Sorce, Emde, Campos, & Klinnert, 1985). I utviklingspsykologisk forskning er betydningen av det emosjonelle samspillet mellom foreldre og barn utførlig undersøkt og beskrevet som særskilt viktig for barnets relasjonelle fungering videre i livsløpet (Stern, 1985). Studier har også vist at affekt står sentralt i utvikling og opprettholdelse av psykologiske vansker (Berking & Wupperman, 2012; Gross & Muñoz, 1995; Southam-Gerow & Kendall, 2002).

Emosjoner har lenge utgjort sentrale komponenter i etablerte psykoterapeutiske skoleretninger (Greenberg & Safran, 1989). I takt med utviklingen i den akademiske psykologien for øvrig blir affektenes rolle i psykoterapiteori stadig mer sentral (Binder, Hjeltne & Schanche, 2013; Solbakken, 2013). Interessen for emosjoner kan sies å ha

¹ Forskningslitteraturen inneholder ikke konsensusbaserte definisjoner av begrepene affekt, emosjon og følelse (Sloan, 2006). Her brukes begrepene som synonymer.

blomstret innenfor psykoterapiteori de siste 20 årene, og stadig flere klinikere og forskere fremhever emosjoner og emosjonelle prosesser som sentrale i forståelsen av psykiske lidelser og endringsbefordrende arbeid (Cherkasskaya & Wachtel, 2013; Elliot, Greenberg, Watson, Timulak, & Freire, 2013; Mennin & Farach, 2007; Sloan, 2006). Denne utviklingen sees på tvers av psykoterapeutiske skoleretninger (Castonguay & Beutler, 2006; Choi-Kain & Gunderson, 2008; Grenavage & Norcross, 1990). Hvilken rolle emosjoner tilskrives varierer imidlertid mellom tilnærminger (For en oversikt se Whelton, 2004).

1.1.1 Forskning på affektenes rolle i psykoterapi

Affektive og emosjonelle prosesser er studert og underbygget som relatert til utfall innenfor en rekke terapiformer (Baker et al., 2012; Coombs, Coleman, & Jones, 2002; Orlinsky et al., 2004; Whelton, 2004). Flere studier har også undersøkt effekten av affektfokuserte intervensjoner. Studier av dynamisk psykoterapi har vist at terapeuters affektfokuserte intervensjoner kan ha positive effekter på utfallsmål, enten umiddelbart eller ved avslutning (Hilsenroth, Ackerman, Blagys, Baity, & Mooney, 2003; Town, Hardy, McCullough, & Stride, 2012). I en metanalyse fant Diener og kollegaer (2007) likeledes at terapeutens fasilitering av opplevelse av, og uttrykk for, affekt i korttidsdynamisk psykoterapi var relatert til utfall. McCullough et al. (1991) undersøkte forholdet mellom terapeutens intervensjon, pasientens respons, og utfall, og fant at intervensjoner som ble etterfulgt av en følelsesmessig respons hos pasienten var positivt relatert til utfall. Ulvenes et al. (2014) fant at effekten av terapeutens affektorienterte intervensjoner var avhengig av pasientens selvopplevelse. På bakgrunn av disse resultatene, påpeker forfatterne viktigheten av at intervensjoner tilpasses pasientens respons og behov. I tråd med denne påpekningen, vil de fleste psykoterapiforskere hevde at interaksjonsmønstre og terapeutiske teknikker ikke kan forstås løsrevet fra den spesifikke konteksten som relasjonen mellom pasient og terapeut utgjør (Jones, Parke, & Pulos, 1992; Nissen-Lie, Weie, & Wampold, 2013).

I dag tildeler altså både teori og empiri emosjoner en sentral rolle i psykoterapeutiske endringsprosesser. Det kan likevel hevdes at det, relativt til emosjonenes sentralitet i psykologisk fungering, finnes lite forskning som utforsker og differensierer dette feltet (Solbakken, 2013). Økt effektivitet i studiet av emosjonenes rolle i terapeutisk endring forutsetter presisjon i kartlegging av affektiv fungering i terapi, og spesifisering av ulike emosjonelle endringsprosesser og måter å fasilitere disse på (Greenberg & Safran, 1989). Pascual-Leone og Greenberg (2007) argumenterer for at teoretiske antakelser om hvordan

emosjonelle endringsprosesser finner sted bør konkretiseres i form av observerbare fenomener og måleverktøy. Hayes (2007) påpeker behovet for modeller som spesifiserer hvordan emosjonell endring skjer på mikronivå og hvordan denne endringen forholder seg til terapeutisk endring for øvrig. Hensikten med denne studien er å beskrive et terapiforløp med utgangspunkt i ABT, en terapimodell som operasjonaliserer både intervensjoner og endringsforståelse på måter som muliggjør empirisk utforskning.

1.2 Affektintegrasjon i psykoterapi

De siste 20 til 30 årene er det utviklet en rekke psykoterapimodeller som tar eksplisitt utgangspunkt i den voksende kunnskapen om både normale og uhensiktsmessige affektive prosesser (Solbakken, 2013). I disse modellene arbeides det noe ulikt, men systematisk, med følelser. Eksempler som kan nevnes er emosjonsfokuset terapi (Greenberg, 2004), former for dynamisk korttidsterapi (Fosha, 2000; McCullough Vaillant, 1997) og affektbevissthetsmodellen (Monsen & Monsen, 1999; Monsen, Ødegård, & Melgård, 1989). Flere psykoterapiretninger fremhever kapasiteten til å integrere affekt, kognisjon og atferd som en sentral faktor for å forstå terapeutisk endring, men det foreligger uklarhet på feltet hva angår den konseptuelle forståelsen og operasjonaliseringen av de sentrale prosessene som medierer denne integrasjonsprosessen (Solbakken, Hansen, & Monsen, 2011b). Affektbevissthetsmodellen (ABT) er en psykoterapimodell med eksplisitt fokus på å øke pasienters kapasitet for affektintegrasjon (Monsen & Monsen, 1999; Monsen et al., 1989; Monsen & Solbakken, 2013). Mentaliseringsbasert terapi representerer en annen klinisk tilnærming med et liknende fokus (Fonagy & Bateman, 2007). ABT skiller seg fra mentaliseringstradisjonen ved et tydeligere fokus på integrering av affekt og en mer direkte og systematisk konseptualisering og operasjonalisering av affektintegrasjonsprosesser (Mohaupt, Holgersen, Binder, & Nielsen, 2006; Solbakken et al., 2011b). Her presenteres ABTs forståelse av disse prosessene, modellens grunnleggende begreper og deres teoretiske bakgrunn.

1.2.1 Affektbevissthetsbegrepet

Affektintegrasjon defineres her som den funksjonelle og fortløpende integrasjonen av affekt, kognisjon og atferd (Monsen & Solbakken, 2013, s. 740), og operasjonaliseres gjennom begrepet affektbevissthet (AB; Monsen, Eilertsen, Melgård, & Ødegård, 1996; Monsen & Monsen, 1999; Monsen, Ødegård, & Melgård, 1989). AB-begrepet beskriver den

gjensidige relasjonen mellom aktivering av affekt på den ene siden, og på den andre siden kapasitet til bevisst å oppleve, reflektere over og uttrykke disse affektoplevelsene (Monsen & Monsen, 1999; Monsen, Monsen, Solbakken, & Hansen, 2008). Grad av affektintegrasjon representerer således en mellomliggende faktor som påvirker hvordan et individ opplever, reagerer på og bruker affektoplevelser. Konseptuelt sett er affektintegrasjon, slik det defineres i ABT, relatert til endringsprosesser som står sentralt i en rekke psykodynamiske, emosjons-/affektfokuserte og kognitive terapitilnærminger (Solbakken, Hansen, Havik, & Monsen, 2012).

God affektintegrasjon innebærer at det foreligger en symbolsk representasjon av grunnleggende affektsignaler som gir individet et refleksivt og meningsbærende forhold til egen opplevelse (Monsen, 2015). Begrenset affektbevissthet forventes å kunne vise seg i at individet i liten grad kjenner egne følelser, opplever dem uklart, har lett for å bli overveldet av dem, ikke ønsker å la følelser virke på seg, og/eller er utydelig og upersonlig i kommunikasjonen med andre (Monsen & Solbakken, 2013). Vansker med å forstå både egne og andres emosjonelle tilstander antas å komme til uttrykk i uklare grenser mellom egne og andres opplevelser (Mohaupt et al., 2006). Dette vanskeliggjør dannelse og opprettholdelse av gjensidige relasjoner, og kan bidra til forvirring hos individet knyttet til hans eller hennes grunnleggende selvopplevelse (Monsen & Solbakken, 2013).

Spesifikt definerer AB-begrepet kapasitet til affektintegrasjon som grader av oppmerksomhet, toleranse, og emosjonelt og begrepsmessig uttrykk for elleve spesifikke følelser – glede, frykt, sinne, forakt, avsky, skam, overraskelse, tristhet, sjalusi, skyld og ømhet (Monsen et al., 2008; Solbakken, Hansen, Havik, & Monsen, 2011a). Et semistrukturert intervju (Affektbevissthetsintervjuet; ABI) med tilhørende skåringskriterier (Affektbevissthetsskalaene; ABS) gjør det mulig å vurdere nivået av adaptiv fungering for hver av de fire affektintegrerende funksjonene (Monsen et al., 2008; Monsen et al., 1996). ABTs utviklere åpner for at skåringskriteriene i ABS også kan anvendes til skåring av transkriberte terapialogor (Monsen et al., 2008; Solbakken et al., 2011a).

Den teoretiske bakgrunnen for affektbevissthetsbegrepet

Affektbevissthetsbegrepet er utviklet gjennom integrasjon av en rekke teoretiske perspektiver på affekt og emosjon. Særlig sentrale er Silvan Tomkins' affekt- og scriptteori (Tomkins, 1995, 2008) og differensiell emosjonsteori (Izard, 2007; Izard, 1991). Et klinisk perspektiv av sentral betydning er moderne selvpsykologi, representert ved

intersubjektivistene Stolorow, Brandchaft og Atwood (Stolorow & Atwood, 1992; Stolorow, Brandchaft, & Atwood, 1987).

Tomkins' affekt- og scriptteori anser affektsystemet som menneskets primære motivasjonssystem (Tomkins, 2008). Affektsystemet antas å gjøre individet i stand til å forholde seg til endringer i seg selv og i omgivelsene gjennom rask oppfattelse, effektiv bedømming og hensiktsmessig tilpasning. I forlengelsen av dette betoner affektintegrasjonsteori følelsers iboende informasjonsverdi i form av spesifikk fenomenologi og signalfunksjon (Slaby & Stephan, 2008; Solbakken et al., 2011b; Monsen & Monsen, 2001; Solbakken, 2013). Denne antakelsen bygger på Izard (1991), som hevder at ulike følelseskategorier skiller seg fra hverandre ved at de knytter seg til ulike typer scener, har ulik intra- og interpersonlig informasjonsverdi, og motiverer for ulike handlingstendenser. Affektens signalfunksjon er godt empirisk underbygget, både i møte med ytre stimuli og i møte med indre representasjoner av selv og andre (Izard, 2007; Izard, 1991; LeDoux, 1998). En valideringsstudie av AB-begrepet (Solbakken et al., 2011a) viste at de ni affektkategoriene som inngikk i den første versjonen av begrepet skilte seg systematisk fra hverandre ved måling.

Selvpsykologiens rolle i ABT er særlig tydelig i antakelser om at affektoplevelser alltid organiseres i en konstituerende intersubjektiv kontekst (Monsen, 1997; Monsen & Monsen, 1999). Med referanser til empiriske studier av interaksjonen mellom spedbarn og omsorgsgiver, argumenterer intersubjektivistene Stolorow, Brandchaft og Atwood (1987) for at omsorgspersoner fasiliterer barnets affektintegrasjon gjennom å møte barnet med tilstrekkelig bekreftelse, aksept og emosjonell inntoning (e.g. Emde, 1983; Stern, 1985). Et fravær av stabil og inntonet responsivitet fra omsorgsgivere antas å forstyrre optimal affektintegrasjon og fremme en tendens til dissosiering eller at personen ikke vedstår seg sine affektoplevelser (Monsen, 1997). Affektiv inntoning mellom barn og omsorgspersoner betones således som avgjørende for utviklingen av en sammenhengende selvopplevelse (Monsen & Monsen, 1999).

I likhet med moderne dynamiske teorier, anser ABT affekt som kilden til dynamikken bak utvikling, opprettholdelse og endring av individets personlighetsstruktur (Karterud & Monsen, 1997; Monsen & Monsen, 1999). Affektprosesser antas å være stabilt etablert som automatiserte prosedurale mønstre eller script som organiserer personens unike måte å reagere, fortolke og håndtere sine følelsesmessige erfaringer på. Script er et begrep introdusert av Tomkins (1995). Det viser til strukturen i den organiserende aktiviteten som ligger til grunn for pasientens uløste problemer. Scriptbegrepet er analogt til skjemabegrepet i

kognitiv psykologi, men skiller seg fra det ved betoningen av affektsystemet (Solbakken, 2013). Som følge av at interaksjonen med betydningsfulle andre (BA) har en strukturerende virkning på organisering av selvopplevelse, vil scriptene være nært knyttet til individets representasjoner av seg selv og BA (Monsen, 1997). Individets selv- og objektrepresentasjoner antas således å påvirke persepsjon, tolkning og reaksjonstendenser i både intra- og interpersonlige sammenhenger (Solbakken et al., 2011b).

Forskning på affektbevissthetsbegrepet

AB-begrepets validitet er underbygget gjennom empiriske studier som gir grunnlag for å hevde at det er nyttig både på et teoretisk og på et klinisk nivå (Solbakken et al., 2011a). Det er rapportert robuste sammenhenger mellom grad av affektintegrasjon og eksterne mål på psykisk helse, slik som symptomtrykk, relasjonelle vansker, selvbildeproblematikk, somatiseringsproblemer, generell psykologisk fungering og personlighetsproblematikk (Choi-Kain & Gunderson, 2008; Holmqvist, 2008; Lech, Andersson, & Holmqvist, 2008; Solbakken et al., 2011a; Waller & Scheidt, 2006). Individets evne til å integrere affekt kan imidlertid variere mellom affektkategorier. Begrenset kapasitet til integrasjon av spesifikke følelser kan gi indikasjoner om hva slags psykologiske vansker individet opplever. For eksempel er kapasitet til integrasjon av sinne spesifikt forbundet med selvhevdelse (agency), mens ømhet er forbundet med den interpersonlige dimensjonen nærhet-tilbaketrekning (communion) (Solbakken et al., 2011a). Dette understøtter den sentrale rollen affektenes fenomenologi og adaptive funksjoner spiller i affektintegrasjonsteori (Monsen & Solbakken, 2013).

Det foreligger også studier som undersøker forholdet mellom affektbevissthet og utfall i psykoterapi. Gude, Monsen og Hoffart (2001) fant en positiv relasjon mellom affektbevissthet ved terapistart og utfall i korttidsterapi. Solbakken et al. (2012) fant at lavere nivåer av affektbevissthet predikerte grad av endring i personlighetsproblematikk, symptombelastning og relasjonelle vansker i psykoterapi som ikke var tidsavgrenset. De konkluderte med at lav affektbevissthet kan representere et stort endringspotensiale hos pasienter som ikke nødvendigvis ville ha hatt stor nytte av kortere terapiforløp.

1.2.2 Affektbevissthetsmodellen

Affektbevissthetsmodellen (ABT) er en psykoterapimodell med eksplisitt fokus på å øke pasienters kapasitet for affektintegrasjon (Monsen & Monsen, 1999; Monsen et al., 1989; Monsen & Solbakken, 2013). Modellen er basert på den teoretiske og empiriske bakgrunnen for affektbevissthetsbegrepet, og postulerer at integrasjon av affekt i bevisst opplevelse, både på et fenomenologisk og på et refleksivt nivå, vil øke individers evne til å modulere og gi mening til affektoplevelser (Solbakken et al., 2011b). ABT systematiserer og spesifiserer retningslinjer for terapeutisk samarbeid som antas å befordre slik endring, og den gir en teoretisk forklaring på hvorfor slikt arbeid er endringsskapende. I naturalistiske og randomiserte studier har modellen vist seg effektiv som tilnærming ved behandling av de vanligste symptomlidelsene, psykoselidelser, personlighetsforstyrrelser og psykosomatiske tilstandsbilder (Levy Berg, Sandell, & Sandahl, 2009; Monsen, Odland, Faugli, Daae, & Eilertsen, 1995; Monsen & Monsen, 2000; Solbakken et al., 2012).

Affektrepresentasjon og intervensjonsfokus (ARIF)

I siste revisjon og utvidelse av ABT spesifiseres modellens prinsipper i form av seks nivåer av affektrepresentasjon og intervensjonsfokus (Monsen & Solbakken, 2013). Nivåene antas å kunne beskrive affektintegrasjonsprosesser slik de utspiller seg på mikronivå i terapeutiske dialoger, og forventes således å muliggjøre fenomennær forskning og bidra til bedre terapeutopplæring. Hvert av de seks nivåene har undernivåer som spesifiserer strukturen i dialogen ytterligere. I det følgende presenteres hovednivåene. Det vises til vedlegg 1 for en fullstendig oversikt over systemets hoved- og undernivåer.

ARIF-nivåene er tenkt å være logisk hierarkiske i den forstand at kapasitet til arbeid på de lavere nivåene antas å være en forutsetning for arbeid på de høyere (Monsen & Solbakken, 2013). Systemet er ikke utformet for å følges mekanisk eller fungere som en manual, men representerer et verktøy som kan gjøre det lettere for terapeuter å navigere i den terapeutiske dialogen. Det overordnede prinsippet for terapeutisk arbeid er at intervensjoner tilpasses pasientens fortløpende kapasitet for affektrepresentasjon. Terapeuten (T) fremstår emosjonelt tilgjengelig gjennom å validere og hjelpe pasienten (P) til å artikulere de følelser som til enhver tid er nærmest Ps bevissthet, uavhengig av hvordan disse er representert (Monsen & Solbakken, 2013).

Det sceniske nivået (1) inkluderer beskrivelser av hendelser der affektivt innhold ikke er eksplisitt representert. På dette nivået er Ts oppgave å hjelpe P med å tydeliggjøre innholdet i den sceniske representasjonen.

På semantisk affektrepresentasjonsnivå (2) forsøker P å få tak i og begrepsfeste egen opplevelse. Hensikten med intervensjoner på dette nivået er å hjelpe P med å registrere hva hun opplever, samt å etablere språklige symboler som fanger den affektive betydningen av opplevelsen.

Affektbevissthetsnivået (3) omfatter eksplisitt arbeid med de affektintegrerende funksjonene. På oppmerksomhetsnivå (3.1) er fokus på hvordan P merker og differensierer mellom følelser. På toleransenivå (3.2) er fokus på ulike følelsers virkning, hva P gjør for å håndtere dem, og hvilken signalfunksjon de har. Undernivåene for ekspressivitet omfatter arbeid med evnen til å vedstå seg og finne tydelige og nyanserte uttrykksformer for ulike følelser, både nonverbalt (3.3) og verbalt (3.4). Hensikten med dette arbeidet er å fremme Ps kapasitet til å kjenne igjen følelser og la dem virke på seg, for slik å kunne dekode og ta inn stemningsinnholdet i dem.

På scriptnivå (4) er fokus rettet mot å identifisere og utforske Ps script. Hensikten med dette arbeidet er å gjøre den prerefleksive formen for organisering av opplevelse representert på et refleksivt nivå i Ps bevissthet. Det innebærer å hjelpe P med å se hvordan repeterende mønstre i egen måte å oppleve og gi uttrykk for følelser hindrer adaptiv bruk av de samme følelsene (Solbakken, 2013). Her tydeliggjøres det hvordan scriptene utløses i beslektede situasjoner og hvordan dette påvirker pasientens fungering.

På kontekstualiseringsnivå (5) undersøkes og tydeliggjøres konteksten for utviklingen av mønstrene som er identifisert på nivå 4. Målet er å etablere en meningsfull sammenheng mellom Ps script og hennes relasjonelle historie. Her fokuserer T på hvordan samspillserfaringer kan ha bidratt til å etablere scriptene, og hvordan disse mønstrene har betydning for hvordan P opplever seg selv og andre (Solbakken, 2013). Tydeliggjøring av egen og andres delaktighet i utviklingen og opprettholdelsen av scriptene antas å fremme nyansering og reorganisering av Ps representasjoner av seg selv og betydningsfulle andre (Monsen & Solbakken, 2013). Arbeid på dette nivået forventes å interagere med arbeid på lavere nivåer i hierarkiet. Tydeligere og mer vedstått affektoplevelse (nivå 2 og 3) kan bekrefte eller utfordre selv-/andrerrepresentasjoner, samtidig som tydeligere og mer nyanserte selv-/andrerrepresentasjoner vil kunne bidra til å validere Ps affektoplevelser, noe som igjen kan gjøre dem tydeligere og mer vedstått.

På nivå 6 er fokus på overskridelse av den uhensiktsmessige organiserende aktiviteten som er identifisert på de lavere nivåene. Overskridelse kan derfor referere til endring på alle nivåer i hierarkiet. Når P er bevisst den organiserende aktiviteten (script) og kan kjenne den igjen, vil T invitere til refleksjon rundt, og utfordring til, alternative måter å forholde seg på. Overskridelse kan enten ta form av snakk om, eller validering av, endring. Her har intervensjoner som hensikt å utforske, bekrefte, støtte opp om og utfordre til scriptoverskridelse. Dette antas å fremme en opplevelse av mestring og utvikling hos P.

I tillegg til de seks ARIF-nivåene inneholder kodesystemet to innholdsvariabler som gjør det mulig å spesifisere hvilke følelser og relasjoner som er i fokus i dialogen. Disse omfatter 17 affektkategorier (AK) og 19 relasjonskategorier (RK) (se vedlegg 1).

Endringsteori: Hvordan og hvorfor fører det terapeutiske arbeidet til endring?

ABT inneholder en spesifikk teori om hvordan og hvorfor det terapeutiske arbeidet fører til endringer i affektbevissthet og derigjennom generelt funksjonsnivå. Endringsprosessen antas å foregå på mikronivå i den terapeutiske dialogen gjennom fortløpende integrering av affekt, kognisjon og atferd (Monsen & Solbakken, 2013). Repetisjon og automatisering av mer adaptive implisitte og eksplisitte måter å håndtere aktivert affekt på forventes å fremme reorganisering av individspesifikke affektprosesser (Solbakken et al., 2011b). En god terapeutisk relasjon forstås som en forutsetning for at en slik reorganisering kan finne sted. Med bakgrunn i forståelsen av at script utvikles i repeterende samhandlingsmønstre, antas en terapeutisk relasjon preget av tillit, åpenhet for opplevelse, refleksjon og affektive uttrykk i seg selv å utfordre maladaptive script (Monsen & Monsen, 1999).

ABTs endringsforståelse er basert på et prinsipp om prosesslæring (Monsen & Monsen, 1999). Prosesslæringbegrepet brukes om prosessen der P, gjennom Ts gjentatte initiering av spesifiserte interaksjonssekvenser, utvider oppmerksomhetsfokus sitt på et proseduralt, prerefleksivt funksjons- og hukommelsesnivå (Monsen & Solbakken, 2013). Ts kontinuerlige fokusering på affektive opplevelser antas å bidra til at P gradvis opparbeider seg en økt tendens til å gjøre dette selv. Slike gjentakende affektfokuserte sekvenser kan forstås som en selvrefleksjonsprosess der det åpnes for at affektoplevelser kan gi tilgang til ny og meningsskapende informasjon (Monsen & Monsen, 1999). Validering av Ps subjektive opplevelse forventes å kunne hjelpe henne henimot at uklare opplevelser som kanskje er representert i en somatisk representasjonsform (e. g. smerte, tunghetsfølelse) gradvis får begrepsmessig form av personlig relevante følelser (Monsen, 2015). Endringsskapende

affektintegrasjonsprosesser forventes å gjenspeiles i at terapiforløp utvikler seg fra at det primært arbeides på de lavere fokusnivåene til at opplevelser representeres på høyere nivåer samtidig som det sees en mer fleksibel fluktuering mellom nivåer (Solbakken, 2013).

Ps endrete holdning i møte med egne opplevelser åpner for at affektenes meningsinnhold kan bevisstgjøres og anvendes til hensiktsmessig tilpasning til miljøet. Når P lar seg informere av følelsenes signalverdi, forventes dette å ha konsekvenser for hvordan hun opplever seg selv og andre (Monsen & Monsen, 2000). Affektintegrasjonsprosessen antas derfor å fremme Ps utvikling i form av tydeligere selvavgrensning. De ovenfor beskrevne endringsprosessene styrker Ps forutsetninger for å kunne uttrykke seg tydelig og nyansert i møte med sine medmennesker. Dette forventes å bidra til videre utvikling av fruktbar og vitaliserende interaksjon med omgivelsene (Monsen & Solbakken, 2013).

Like fullt forstås ikke økt kapasitet for affektintegrasjon som tilstrekkelig for å fremme strukturell endring. Endringer på scriptnivå forventes å forutsette en økt bevissthet omkring egen delaktighet i å organisere opplevelser på vante, dysfunksjonelle måter (Monsen & Solbakken, 2013). Generalisering og opprettholdelse av den terapeutiske effekten utenfor terapirelasjonen forstås derfor ved en kombinasjon av prosedural læring og ny refleksiv begrepsdannelse. De ovenfor beskrevne antakelsene kan operasjonaliseres og gi opphav til forskningsspørsmål som kan belyses empirisk.

1.3 Metodisk introduksjon

1.3.1 Studiet av endringsprosesser og endringsmekanismer

Som beskrevet innledningsvis, er ikke en påvist sammenheng mellom en gitt behandlingsform og et godt utfall tilstrekkelig for å si noe om *hvorfor* denne sammenhengen foreligger (Elliott, 2012). En rekke sentrale psykoterapiforskere har argumentert for at det viktigste området i dagens psykoterapiforskning er å utvikle økt forståelse av prosesser og mekanismer som fremmer klinisk bedring (Doss, 2004; Kazdin, 2009; Kazdin & Nock, 2003; Pascual-Leone & Greenberg, 2007; Shapiro, 1995). På tross av stor interesse for endringsprosesser og -mekanismer, foreligger få tolkbare resultater (Chrits-Christoff, Gibbons, & Mukherjee, 2013; Doss, 2004). Utydelig begrepsbruk, der endringsprosess, endringsmekanisme og utfall ikke skilles tydelig fra hverandre, er én foreslått årsak til dette problemet (Doss, 2004). Herunder anvendes Doss' (2004) definisjoner. Endringsprosess refererer til de endringsskapende aktivitetene som foregår i terapien, og kan deles i to avhengig av om de angår terapien eller utvikling hos P. Terapiendringsprosesser er

intervensjoner eller andre egenskaper ved terapien som antas å være ”aktive ingredienser” som fører til pasientendringsprosesser (e.g. hva T fokuserer på i det terapeutiske arbeidet). Pasientendringsprosesser er atferd og opplevelser hos P som forekommer som et resultat av terapiendringsprosesser (e.g. hva P fokuserer på i det terapeutiske arbeidet), og som antas å bidra til forandring i endringsmekanismer. Endringsmekanisme refererer til mellomliggende endringer i Ps egenskaper eller atferd (e. g. grad av affektbevissthet), som igjen forventes å føre til endringer i endelig utfall (e.g. diagnostiserbar psykisk lidelse og Ps opplevde vansker ved avslutning og follow-up).

Doss (2004) hevder at psykoterapiforskningens viktigste oppgave i dag består i å spesifisere, operasjonalisere og utforske endringsmekanismer og –prosesser som antas å kjennetegne terapiformer som allerede er vist virksomme på gruppenivå. Studier som ser på forholdet mellom pasient-/terapeutatferd, endringsmekanisme og eventuelt utfall kommer blant annet fra forskningsgrupper innenfor motiverende intervju (Romano & Peters, 2015), funksjonell analytisk psykoterapi (Busch et al., 2009) og kognitiv terapi (Calero-Elvira, Frojan-Parga, Ruiz-Sancho, & Alpanes-Freitag, 2013). I denne forskningen inntas som oftest en verifiserende tilnærming der det anvendes statistisk hypotesetesting for å underbygge at det foreligger en assosiasjon mellom endringsprosess, -mekanisme og utfall. Dersom disse tre variablene ikke er relatert, er sannsynligheten lav for at den antatte endringsmekanismen befordrer endring (Kazdin & Nock, 2003).

Endringsprosesser og -mekanismer kan imidlertid også studeres ved hjelp av en åpen og eksplorerende tilnærming (Doss, 2004). Eksplorerende tilnærminger står i et motsetningsforhold til verifiserende tilnærminger og kjennetegnes ved bruk av metoder som genererer ideer og hypoteser og som kan bidra til å gi en forsøksvis konseptualisering av et fenomen (Edwards, Dattilio, & Bromley, 2004, s. 592). McLeod og Elliott (2011) argumenterer for at psykoterapiforskningsfeltet er i behov av variasjon i metodisk tilnærming for å supplere og informere verifiserende og hypotesetestende studier.

1.3.2 Inngående studier av enkeltforløp

Studier av terapeutisk endring kan både benytte seg av store representative utvalg og basere seg på inngående studier av ett eller noen få forløp (Hill, 2008). Studier av enkeltforløp har alltid hatt en sentral plass innenfor psykoterapifeltet. Begrepet kasus eller subjekt kan enten referere til ett enkelt individ eller til en terapeutisk dyade, avhengig av hvilket fenomen som studeres (Hilliard, 1993). Her brukes kasusbegrepet om den

terapeutiske dyaden. De senere årene har man sett en økende anerkjennelse av kasusstudiers potensiale for å utvide og styrke evidensgrunnlaget for psykoterapiteori og –praksis, og man har sett et økende antall publikasjoner av systematiske, kasusbaserte analyser av psykoterapeutisk prosess (American Psychological Association [APA], 2006; McLeod, 2013; McLeod & Elliott, 2011).

Kasusstudier innebærer innsamling av store mengder observasjoner knyttet til ett tilfelle. Dette åpner for observasjon og utforskning av betydningen av, og nyttheten til, eksisterende begreper (McLeod & Elliott, 2011). Studier av enkeltkasus kan øke forståelsen av aggregerte prosessdata fra pasienter på gruppenivå, og det å alternere mellom å gi mening til endringsprosesser fra gruppedata og fra den individuelle pasient kan bringe oss nærmere endringsmodeller som ligger tett opp til den kliniske realiteten (Jones et al., 1992; Stiles, 2007). Dette kan tenkes å svare til behovet for å fremme klinikers bruk av forskning, og forskeres evne til å oversette resultatene sine til klinisk relevante anbefalinger.

I nærgående studier av enkeltforløp er det også mulig å kartlegge spesifikke elementer ved ulike terapiformer (Gullestad, 1992). En svakhet ved en del kasusforskning er imidlertid at forskningsspørsmålene er utydelig definert (Hilliard, 1993). Teoriinformerte kasusstudier bør derfor anvende teori som definerer endringsprosess og -mekanismer på et tilfredsstillende spesifisetsnivå. Slik blir det mulig å generere spesifikke forskningsspørsmål som kan undersøkes empirisk. Redaktøren i tidsskriftet *Psychotherapy* etterspør evidensbaserte kasusstudier der transkribert klinisk materiale integreres med standardiserte mål på prosess og utfall (Hilsenroth, 2015). Han oppfordrer til bruk av kliniske vignetter til å belyse de endringsprosesser og – mekanismer som antas å fremme endring i den enkelte terapitilnærming.

Endring kan antas å vokse frem på mikronivå i den terapeutiske dialogen. Innenfor kasusmetodologien foreligger en rekke analyseteknikker som åpner for studier av den temporale utviklingen i variabler, slik som time-series-analyser, sekvensanalyser og vekstkurveanalyser (Hilliard, 1993). Her benyttes en variant av sekvensanalyse kalt mikroanalytisk sekvensielt prosessdesign (MSP) som egner seg til å utforske interaksjonen mellom pasient og terapeut slik den fremkommer i mikrosekvenser (Elliott, 2010). I MSP kodes interaksjonen mellom P og T på bakgrunn av forhåndsdefinerte kategorier eller vurderingsskalaer (Elliott, 2010). Eksempler på studier som har benyttet sekvensanalyser til å undersøke effekten av ulike terapeutintervensjoner på Ps prosess er Sachse (1992), Busch et al. (2009) og Wiseman og Rice (1989). Som følge av at MSP-studier som oftest fokuserer på et begrenset antall prosessvariabler, er de godt egnet til å belyse teoretisk utledete

påvirkningsprosesser (Elliott, 2010). De er imidlertid begrenset ved at de svært ofte studerer korte interaksjonssekvenser som vanskelig kan favne om kompleksiteten i klinisk kommunikasjon (Connor, Fletcher, & Salmon, 2009).

Denne studien plasserer seg innenfor en mixed-tilnærming. Johnson og Onwuegbuzie (2004) definerer denne tilnærmingen som ”(...) a class of research where the researcher mixes or combines quantitative and qualitative research techniques, methods, approaches, concepts or language into a single study”. Harwell (2011) argumenterer for at slike forskningsdesign kan være nyttige blant annet når det er behov for å innta en eksplorerende tilnærming og når data fra én tilnærming kan berikes av data fra en annen.

1.4 Forskningsspørsmål

Denne studien tar utgangspunkt i begrepsbruk som fortrinnsvis har opphav i terapiforskning med en verifiserende tilnærming. Like fullt er ikke studiens formål å påvise en kausal sammenheng mellom prosess, mekanisme og utfall. Studiens hensikt er å gjøre et innledende forsøk på å anvende ABTs teoriutledete forskningsverktøy til å belyse de prosesser og mekanismer som antas å fremme endring. Dette gjennomføres ved en eksplorerende mixed-method mikroprosessanalyse av ti utvalgte timer fra et terapiforløp med godt utfall.

ABT spesifiserer forventninger til hvordan affektintegrasjonsprosesser kan vise seg på mikronivå i en terapeutisk dialog. En klinisk signifikant endring, slik den kan observeres ved terapiavslutning (makronivå), antas å gjenspeiles i spesifikke kjennetegn ved den terapeutiske dialogen (mikronivå). Her kvantifiseres resultatene fra de kvalitative forskningsverktøyene ARIF og ABS for å fremstille utviklingstrender og interaksjonsmønstre i terapiprosessen. Strukturen og innholdet i den terapeutiske dialogen beskrives ved analyser av ARIF, AK og RT. Utvikling i grad av affektbevissthet beskrives gjennom skåring av ABS for én sentral affekt og kvalitative beskrivelser av utviklingen i to andre sentrale affekter. Utfallsmål benyttes som grunnlag for å se endringsprosessen i lys av normative data, og transkribert materiale brukes gjennomgående til å illustrere de ulike observasjonene.

I ABT forventes endringer i affektbevissthet å fasiliteres gjennom repetisjoner av affektintegrasjonsarbeid på samtlige ARIF-nivåer. Det forventes at forekomst av høyere nivåer av affektrepresentasjon (4-6) vil øke parallelt med at Ps kapasitet til affektintegrasjon bedres. Særlig antas intervensjoner og representasjoner som kan kategoriseres som overskridelse (nivå 6) å øke parallelt med at P viser bedring i psykologisk fungering generelt

og affektbevissthet spesielt. Videre legges det til grunn at affekters adaptive verdi er et resultat av deres spesifikke fenomenologi og signalverdi. Vellykkete terapiforløp forventes å inneholde stadig mer differensierte affektkategorier. I og med at kontekstualisering av maladaptive script forstås som endringsfremmende, forventes affektintegrasjonsarbeidet å innebære et fokus på nære relasjoner.

Intervensjoners endringsbefordrende potensiale antas å hvile på Ts evne til å tilpasse intervensjoner til Ps til enhver tid foreliggende kapasitet til affektrepresentasjon. I et vellykket terapiforløp forventes derfor P og T for det meste å følge hverandres fokusnivå. Med utgangspunkt i de ovenfor beskrevne teoretiske antakelsene, stilles følgende forskningsspørsmål:

1. Hvordan kan endringsprosessen i et vellykket terapiforløp beskrives ved hjelp av ARIF?

- a. Inneholder terapiforløpet arbeid på samtlige fokusnivåer?
- b. Kan det sees en økning i bruk av tid på nivå 4 til 6 utover i forløpet? Eventuelt hvordan?
- c. Sees et tydelig affekt- og relasjonsfokus? Sees en økning i tid brukt på tydelige affekter? Fokuseres det på nære relasjoner når det arbeides med sentrale affekter?
- d. Hvordan kan interaksjonen mellom pasient og terapeut beskrives?

Beskrivelser av endringsprosessen kan belyse spørsmålet om *hvordan* det arbeides i terapiforløpet. For å diskutere *hvorfor* en endringsprosess kan være relatert til et positivt utfall, må det inkluderes mål på mellomliggende endringsmål. Den antatte endringsmekanismen i ABT er nivåer av affektbevissthet.

2. Er det mulig å observere endringer i grad av affektbevissthet i løpet av forløpet?

Resultatene fra forskningsspørsmål 1 og 2 vil benyttes som grunnlag for å diskutere hvordan sammenhenger mellom endringsprosess, grad av affektbevissthet og utfallsmål i det aktuelle forløpet kan forstås.

2 Metode

2.1 Design

Denne studien representerer en naturalistisk og eksplorerende kasusstudie av ett psykoterapiforløp. Designet er utformet i tråd med det som i mixed-methods-litteraturen kalles «concurrent nested design» (Creswell, 2003; Harwell, 2011). Det innebærer at kvalitative og kvantitative data samles inn samtidig, for så å kombineres når data skal analyseres. Her kombineres dataene ved hjelp av en strategi kalt ”data transformation” som innebærer at kvalitative data omformes til kvantitative data. Forskningsverktøyene ARIF og ABS benyttes til å systematisere kvalitative beskrivelser av en affektintegrasjonsprosess. Kvantifisering av de kvalitative dataene danner grunnlag for analyser av utviklings- og interaksjonsmønstre i endringsprosessen. Kvalitative beskrivelser og dialogutdrag benyttes til å illustrere mål på både endringsprosess og endringsmekanisme. Kvantitative utfallsdata fungerer som en kontekst for prosessbeskrivelsen som muliggjør sammenlikning med normative data. I denne studien gjør bruken av en mixed-methods-tilnærming det mulig å fremskaffe *både* utdypende og illustrerte kvalitative beskrivelser av innholdet i en terapiprosess og overordnede utviklings- og interaksjonsmønstre.

2.2 Datagrunnlag

Studiens datamateriale er hentet fra ”Norsk multisenterprosjekt for studier av prosess og utfall i psykoterapi” (Havik et al., 1995). Prosjektet utgjør en naturalistisk studie av psykoterapi utført ved norske poliklinikker. Kartlegging ble gjennomført med strukturerte diagnostiske intervjuer, samt en rekke prosess- og utfallsmål. Symptombelastning ble målt med the Symptom Checklist 90-Revised (SCL-90-R; Derogatis, 1994). Interpersonlige problemer ble målt med Inventory of Interpersonal Problems-64 (IIP-64; Horowitz, Alden, Wiggins, & Pincus, 2000). IIP-64 og SCL-90-R regnes som sensitive endringsmål, og benyttes hyppig innen psykoterapiforskningen (Ogles, Lambert, & Masters, 1996).

Multisenterstudien er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Deltakelse er basert på skriftlig informert samtykke. Lydopptak og sensitive pasientdata behandles som sensitivt og taushetsbelagt materiale. I denne studien er direkte arbeid med slike data forbeholdt en psykoterapiforskningslab med begrenset adgang ved Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo. Alle data er anonymisert før fremstilling.

2.2.1 Pasienten

Pasienten var en kvinne i begynnelsen av 30-årene. Heretter omtales hun med pseudonymet Erle. Hun var gift, og bodde sammen med sin mann og to døtre. Erle hadde fullført grunnskole og fagskole, og arbeidet i et serviceyrke. Ved innkomst fylte hun ut et skjema der hun rapporterte om opplevde vansker, hva hun ønsket hjelp med, samt hva slags forandring hun trodde var mulig. Her uttrykte Erle at hun mest ønsket hjelp med det hun beskrev som ”angsten min for å bli syk og dø”. Hun oppga tro på at vanskene hennes kunne bedre seg ganske mye gjennom psykoterapeutisk behandling.

På bakgrunn av SCID-I (Spitzer, Williams, Gibbon, & First, 1990b) tilfredsstilte pasienten kriteriene for følgende DSM-III-R-baserte akse I-diagnoser ved oppstart: (1) Panikkforstyrrelse uten agorafobi; (2) Tvangsforstyrrelse; (3) Hypokondri. Det ble også rapportert at hun i løpet av den siste måneden hadde opplevd det som i DSM-III-R betegnes som en ”markant depressiv forstyrrelse, enkeltepisode, sesongpreget, i full remisjon”. Erle tilfredsstilte ikke diagnostiske kriterier for noen personlighetsforstyrrelse (Spitzer, Williams, Gibbon, & First, 1990a).

2.2.2 Behandlingen

Terapiforløpet inneholdt 89 timer og strakk seg over 3 år. Timefrekvensen varierte mellom å være ukentlig og hver fjortende dag. Gjennomsnittlig timevarighet var 40 minutter. Terapeuten var en kvinnelig norsk psykolog i 40-årene. Hun mottok opplæring og månedlig veiledning i affektbevissthetsmodellen. Veiledningen hadde pågått i ett år før den aktuelle behandlingen ble påbegynt, og den pågikk under hele behandlingen. Ved terapiavslutning viste pasienten en klinisk signifikant endring som var stabil ved oppfølging 2 år etter avslutning (se tabell 2). Kartlegging ved avslutning ga opphav til en vurdering av at det ikke forelå noen diagnostiserbar psykisk lidelse.

Tabell 2. Pasientens opplevde symptomtrykk og grad av interpersonlige vansker

Mål	Oppstart	Avslutning	Follow-up (2 år)	Kvinnelig normalpopulasjon*
SCL-90-R (GSI)	1,62	0,2	0,11	0,47 (±0,39)
IIP (OM)	1,41	0,66	0,53	0,95 (±0,43)

Note: GSI = Global Severity Index, OM = Overall Mean. ± = standardavvik. *Monsen, Kallerud og Eilertsen (1999).

IIP-64-profiler (se evt. figur 1-3, vedlegg 3) indikerer at pasienten, ved terapistart, opplevde seg som dominerende/kontrollerende, påtrengende, overomsorgsfull og utnyttbar. I time 40 viste hun en noe endret oppfatning av sine relasjonelle vansker, ved at det største avviket fra normgrunnlaget gjaldt en opplevelse av å være lite selvhevdende. Ved avslutning var profilen hennes lik normgrunnlaget.

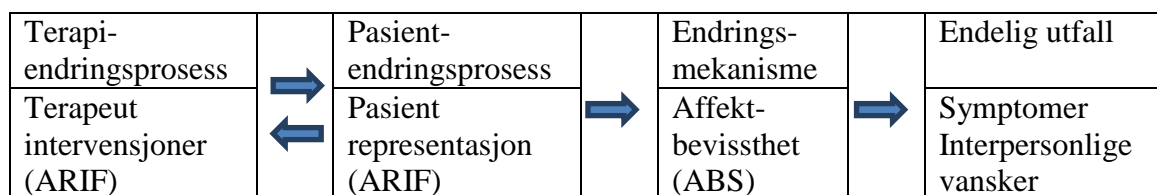
2.2.3 Utvalg av materiale

Det aktuelle terapiforløpet er valgt på bakgrunn av at utfallet er klassifisert som godt. Klassifiseringen er basert på (1) at pasienten rapporterer subjektiv opplevelse av bedring (SCL-90 og IIP) målt ved terapiavslutning og ved alle oppfølgingsregistreringer, og (2) at den diagnostiske kartleggingen utført ved avslutning indikerer fravær av diagnostiserbare psykiske vansker. Det er valgt 10 timer fra det aktuelle forløpet. Studien hviler på en antakelse om at utvalget av terapitimer er representativt for terapiforløpet som helhet. Utvalg av timer ble gjort med utgangspunkt i følgende kriterier: (1) Jevnt tidsspenn mellom timer; (2) Utelukkelse av timer der en betydelig del av tiden brukes til praktiske anliggender, planlegging eller intervjuer/kartlegging.

2.3 Studiet av endring i et affektintegrasjonsperspektiv

Kodesystemet ARIF gjør det mulig å beskrive terapidialoger i form av pasientens nivå av affektrepresentasjon og terapeutens intervensjonsfokus både på et strukturelt nivå (AR+IF) og på et innholds nivå (AK+RT). Affektbevissthetsskalaene kan brukes som indikatorer på hvor godt spesifikke affekter ser ut til å være integrert, slik det fremkommer i terapidialogen. Samlet kan operasjonaliseringen av struktur (ARIF) og innhold (AK+RT) i terapidialogen gi en beskrivelse av endringsprosessen slik den defineres av Doss (2004). Den postulerte endringsmekanismen i ABT kan operasjonaliseres og måles i form av affektbevissthetsskalaene (ABS). ABTs teoriutledete forskningsverktøy åpner således for empirisk utforskning av både endringsprosess, endringsmekanisme og utfall (se figur 1).

Figur 1. Modell som illustrerer det antatte forholdet mellom endringsprosess, -mekanisme og utfall



2.4 Mål på utfall, endringsprosess og –mekanisme

2.4.1 Utfallsmål

Utfallsmålene består som nevnt av selvrapportert symptomtrykk og interpersonlige vansker. Opplevd symptombelastning ble registrert ved selvrapporteringsmålet SCL-90-R. I denne studien rapporteres underskalaen the Global Severity Index (GSI). GSI er et globalt mål på symptomtrykk som ofte brukes som et mål på symptombelastning i kliniske studier (Derogatis & Savitz, 2000). Interpersonlige vansker ble målt ved IIP-64, og rapporteres som total gjennomsnittsskåre.

2.4.2 Mål på endringsprosess

Dialogens struktur: ARIF

Pasient- og terapeutatferd ble kodet med ARIF. Hovednivåene er som følger: 1. Scenisk representasjon, 2. Semantisk affektrepresentasjon, 3. Affektbevissthet, 4. Script, 5. Kontekstualisering av script og 6. Scriptoverskridelse. Når et utsagn er kodet med nivå 6, er nivået som overskrides kodet parallelt. For eksempel kan en måte å håndtere frykt på som bryter med script kodes som overskridelse (6) på affektbevissthetsnivået toleranse (3.2).

Dialogens innhold: Affektkategorier (AK) og relasjonskategorier (RK)

Observasjonsenheter der affektopplevelser var eksplisitt tematisert ble kodet med én eller flere av de 17 affektkategoriene. Disse er gjengitt i vedlegg 1. Hver observasjonsenhet ble også klassifisert etter antall affektkategorier. I tilfeller der det totale antallet oversteg tre, ble kun de tre første kodet. Kategoriene «følelser generelt», «udifferensiert behagelig/ubehagelig» og «uklar» inngår i operasjonaliseringen av «udifferensiert affekt», mens de resterende kategoriene regnes som differensiert affekt.

Observasjonsenheter som inneholdt et eksplisitt relasjonelt fokus ble kodet med én av de 19 relasjonskategoriene. Disse er gjengitt i vedlegg 1. Som en hovedregel er andre relasjonstema gitt forrang for ”selv” dersom det forekommer andre spesifikke relasjonstema innad i én observasjonsenhet. Kategorien ”nær relasjon” operasjonaliseres som opprinnelig familie (mor, far, søsken og andre i familien), kjernefamilie (ektefelle, barn og familien som helhet) og ekskjæreste.

2.4.3 Mål på endringsmekanisme

Affektbevissthetsskalaene

Affektbevissthet for affekten frykt ble skåret med effektbevissthetsskalaenes fire aspekter: 1. Oppmerksomhet, 2. Toleranse, 3, Emosjonell ekspressivitet, 4. Begrepsmessig ekspressivitet. Skårbare turer ble gitt en skåre mellom én og ni. Én indikerer manglende oppmerksomhet for, eller umiddelbart brudd i, affektaktivering. Ni tilsvarer tydelig differensiert oppmerksomhet, optimal toleranse og et vedstått, tydelig og nyansert uttrykk. Skårer mellom tre og fire indikerer delvis eller konsekvent undertrykking av affekt, og et konfliktfylt forhold til å la følelsen virke på seg og til å uttrykke den.

Affektbevissthetsskalaene og fullstendige skåringskriterier er gjengitt i vedlegg 2. For å kunne skåres, måtte observasjonsenheten referere til forhold i nåtid og gi et tydelig bilde av pasientens kapasitet for affektintegrasjon gjennom ett av de fire aspektene. Emosjonell og begrepsmessig ekspressivitet ble slått sammen i rapporteringen av resultater for å redusere detaljnivået i fremstillingen.

Kun én affektkategori, frykt, er gjort til gjenstand for grundig studie med hensyn til grad av effektbevissthet. Valget av affekt er gjort med utgangspunkt i et ønske om å følge de mest sentrale linjene i affektintegrasjonsprosessen. Dette svarer til ABTs prinsipp om å fokusere på de affektene som er nærmest pasientens bevissthet til enhver tid. Frykt ble valgt fordi affekten var mest sentral i Ps beskrivelse av egne plager, noe som gjenspeilte seg i diagnostiske vurderinger, rapportert symptombelastning (SCL-90) og inntrykk ved første gjennomhøring av timene. Sinne og skyld var de oftest forekommende affektkategoriene etter frykt. Overordnet utvikling i grad av effektbevissthet for skyld og sinne belyses med kvalitative beskrivelser og dialogutdrag.

2.4.4 Kodere og reliabilitet

Koding av ARIF, AK og RT, og skåring av ABS, er gjort med grunnlag i konsensus mellom to kodere. Koder 1 (forfatteren) hadde trening i koding fra egentrening med et databasert opplæringsverktøy, samt 45 timer klinisk undervisning i ABT og ARIF. Koder 2 (Jon T. Monsen) har utviklet ABT og ARIF.

2.5 Prosedyre

Første kontakt med lydopptakene tok form av gjennomlytting. Dette ga et innledende inntrykk av terapiprosessen. Deretter ble de ti utvalgte timene transkribert av forfatteren. Dialogen ble delt inn etter hvem som snakket, og merket med T: og P: i transkripsjonene. Verbale, paraverbale eller nonverbale ytringer innenfor den andres utsagn ble merket med parentes (e.g. «P: Jeg prøvde (P kremter), men han snakket i ett sett (akkurat). Ja (mm)»). Strukturen i dialogen ble så kodet for nivåer av affektrepresentasjon og intervensjonsfokus (ARIF), mens affektkategori (AK) og relasjonstema (RT) ble brukt til å klassifisere innholdsaspekter ved dialogen. Deretter ble alle turer kodet med affektkategorien frykt identifisert og forsøkt skåret for affektbevissthet.

2.5.1 Inndeling av dialogen i observasjonsenheter

I kodeprosessen ble dialogen delt inn i observasjonsenheter som kunne være mindre enn hver parts utsagn. For eksempel kan P bevege seg mellom tre fokusnivåer før T svarer. I denne studien vurderes strukturen i dialogen, slik den fremkommer gjennom ARIF, som mer sentral enn AK og RT. Derfor ble ARIF-kodene alltid gitt forrang i oppdelingen av dialogen. I det følgende refererer ”tur i dialogen”/”tur” til observasjonsenheter slik de følger hverandre når dialogen er kodet med ARIF (€ tur 144 i time 63). Som det fremkommer under, defineres ”tur” annerledes i sekvensanalysene.

2.5.2 Databehandling

ARIF-kodene ble overført manuelt til *INTERACT 14* (Mangold, 2015). *INTERACT* er et databasert verktøy for kvalitative og kvantitative analyser av observasjonsdata i multimediaformat. Programmet gjør det mulig å koble koder (her: ARIF, RT, AK) til den faktiske lydfilen. Gjennom definering av start- og sluttidspunkt er det mulig å regne ut varighet for hver tur. Bruken av *INTERACT* gjør det dermed mulig å samle informasjon om både frekvens (forekomst av ulike koder) og varighet (tid brukt på ulike koder). ABS-skårer for affekten frykt ble overført til SPSS og aggregert per time slik at hver time ble gitt en gjennomsnittsskåre for hvert av de fire AB-aspektene.

2.6 Analyser

2.6.1 Kvantitative analyser

Deskriptiv statistikk

Forskningsspørsmål 1a-1c omhandler forekomst og utvikling i ARIF, AK og RT. Disse belyses ved hjelp av deskriptiv statistikk. Frekvens og varighet per kodeenhet innad i og på tvers av timer ble regnet ut ved hjelp av *Microsoft Office Excel* og *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

Sekvensanalyser

Forskningsspørsmål 1d, omhandler interaksjonsmønstre mellom P og T. Interaksjonsmønstre i den terapeutiske dialogen ble identifisert og beskrevet ved hjelp av mikrosekvensanalyse (Bakeman & Gottman, 1997). Sekvensanalysene gjør det mulig å utforske en potensiell sammenheng mellom Ts spesifikke atferd (nivå av intervensjonsfokus) og Ps spesifikke atferd (representasjonsnivå). I denne studien ble en versjon av sekvensanalyse kalt lag-sekvensanalyse brukt (Connor et al., 2009). Denne analysemetoden gjør det mulig å studere sammenhenger mellom atferdsenheter som følger hverandre direkte (lag 1), eller med mellomliggende atferd (lag 2, lag 3, osv). Lag-sekvens-analyse er blant annet anvendt i studier av interaksjonsmønstre mellom ektefeller (Gottman, Markman, & Notarius, 1977), og pasient og terapeut (Wiseman & Rice, 1989). Her er to typer interaksjonssekvenser undersøkt. Den første typen sekvens inneholder informasjon om hvordan Ps og Ts spesifikke atferd følger hverandre direkte (lag 1). Disse sekvensene kan kalles P-T-/T-P-sekvenser. Det overordnede spørsmålet som søkes besvart er: Gitt et spesifikt fokus hos P eller T (for eksempel nivå 2), hvor ofte responderer den andre med å bevege seg ned (nivå 1), opp (nivå 3) eller forbli på samme nivå?

Den andre typen interaksjonssekvenser som undersøkes i denne studien inkluderer ytterligere ett atferdsledd (lag 2). Disse kan kalles P1-T-P2-/T1-P-T2-sekvenser. Her viser P1/T1 til første atferdsledd i interaksjonssekvensen, P/T til motpartens respons, og P2/T2 til den påfølgende atferden. Disse interaksjonssekvensene ble analysert ved å sammenlikne Ps første (P1) og andre (P2) respons, gitt Ts mellomliggende respons (T). Tilsvarende analyser er gjennomført for T1-P-T2-sekvenser. Analyser av disse sekvensene utføres for å belyse følgende to spørsmål: (1) Hvor ofte er Ps andre representasjon (P2) høyere, lavere eller på samme nivå som Ps første representasjon (P1) gitt at Ts mellomliggende intervensjonsfokus har vært på lavere, samme eller høyere nivå enn Ps første representasjon?; og (2) Hvor ofte er

Ts andre intervensjonsfokus (P2) høyere, lavere eller på samme nivå som Ts første intervensjonsfokus (P1) gitt at Ps mellomliggende representasjon har vært på lavere, samme eller høyere nivå enn Ts første intervensjonsfokus? Slike tendenser beskrives både innad i og på tvers av terapitimer. Analysene ble ikke testet for statistisk signifikans.

Data som benyttes i sekvensanalyser må være organisert slik at hver tur representerer en respons på turen som kommer forut. Før gjennomføring av sekvensanalysene måtte derfor innholdet i hver parts tale reduseres til kun å inneholde ett ARIF-nivå per skifte mellom P og T. Dette er gjort ved å konsekvent beholde det høyeste nivået. I de øvrige analysene er turer med multiple nivåer beholdt i sin opprinnelige form.

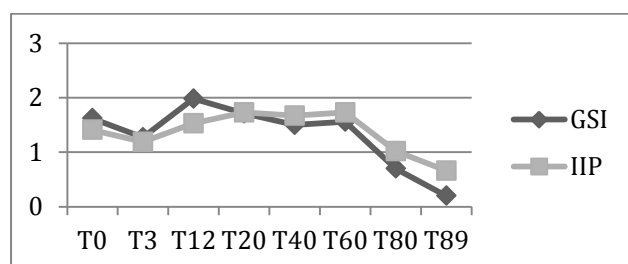
2.6.2 Kvalitative beskrivelser og dialogutdrag

Kvalitative beskrivelser ble registrert under hele kode- og skåringsprosessen. Ved første gjennomlytting og under transkribering ble det tatt detaljerte prosessnotater med fokus på aspekter ved forløpet som postuleres som sentrale i ABT. Parallelt med koding av ARIF og skåring av ABS ble det inkludert en kolonne for kvalitative observasjoner knyttet til hver observasjonsenhet. Disse observasjonene omfattet grunnlaget og bakgrunnen for skårer og koder, sentrale temaer, og relasjonen mellom P og T. Etter at de kvantitative analysene var gjennomført, ble alle kvalitative beskrivelser sammenfattet til en oversikt over sentrale temaer og prosesser innad i, og på tvers av, timer. Kvalitative beskrivelser av grunnlaget for koding og skåring, og dialogutdrag, inkluderes i resultatdelen for å illustrere og eksemplifisere de kvantifiserte kodene og skårene, og for å belyse sentrale temaer i terapiforløpet.

3 Resultater

3.1 Endring i utfallsmål

I denne studien er utfallsmål inkludert for å kunne se endringsprosessen i lys av normative data. Figur 2 viser utviklingen i Ps GSI- og IIP-skårer. De to kurvene fluktuerer ganske parallelt. Frem til time 60 er kurvene relativt stabile, før det forekommer en reduksjon i både opplevd symptomtrykk og interpersonlige vansker.



Figur 2. Utvikling av pasientens GSI- og IIP-skårer i løpet av forløpet.

3.2 Endringsprosess

Hensikten med forskningsspørsmål 1 er å beskrive prosessene som antas å fremme endring i ABT. Først presenteres og illustreres dialogens struktur. Deretter presenteres henholdsvis dialogens tema og interaksjonsmønstre mellom P og T.

3.2.1 Dialogens struktur: fokusnivåer

De ti utvalgte timene har en samlet varighet på 6 timer og 44 minutter. P snakker i 67 % av tiden, T i 33 % av tiden. Tabell 3 viser hvor mye av tiden som er brukt på ulike fokus- og representasjonsnivåer, oppgitt som prosentandel av henholdsvis totaltid og Ps og Ts egentid. Som tabellen viser, har de to arbeidet på alle ARIF-nivåer. Det er små forskjeller mellom Ps og Ts relative tidsbruk på de ulike nivåene. Dette gjelder både når timene sees samlet og når de studeres enkeltvis. Her rapporteres derfor fordelingen mellom nivåer for de to samlet. Det tilbringes minst tid på scenisk nivå (1), fulgt av scriptnivå (4) og semantisk affektrepresentasjonsnivå (2). Det tilbringes mer tid på affektbevissthetsnivå (3) enn på scenisk nivå (1) og semantisk affektrepresentasjonsnivå (2) til sammen. Omkring en fjerdedel av tiden brukes til kontekstualisering av script (5), og det samme gjelder for scriptoverskridelse (6). Oppsummert er terapiforløpet kjennetegnet av et fokus på

affektbevissthetsarbeid og høyere nivåer av affektintegrasjon. Den foregående beskrivelsen er basert på data aggregert over timer og kan ikke si noe om en potensiell utvikling i tidsbruk gjennom forløpet.

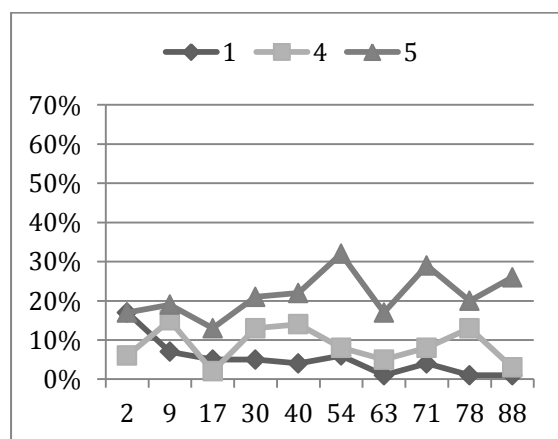
Tabell 3. Tidsbruk på ulike ARIF-nivåer

Nivå	P og T totalt		% av egen tid	
	Faktisk tid	% av tid	Pasient	Terapeut
1. Scene	0:20:59	5	5	5
2. Affekt i scene	0:52:32	13	14	10
3. Affektbevissthet	1:51:58	28	29	24
4. Script	0:35:10	9	8	9
5. Kontekstualisering	1:26:45	21	20	24
6. Scriptoverskridelse	1:36:31	24	22	28
Total	6:43:56	100	100	100

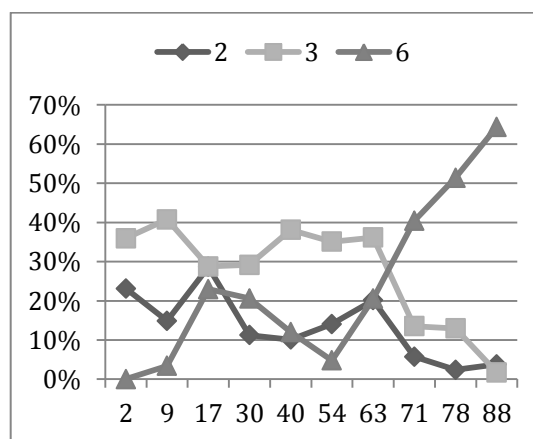
Note: Som følge av avrunding samsvarer ikke ledd med sum (total).

Utvikling i fokusnivåer over tid

Figur 3a og 3b viser utvikling i tidsandel brukt på de ulike fokusnivåene gjennom forløpet for P og T samlet. De arbeider på fem av seks hovednivåer allerede i time 2. I de resterende timene jobber de på samtlige nivåer. Som illustrert i figur 3a, varierer tidsandel brukt på scenisk nivå (1), scriptnivå (4) og kontekstualiseringsnivå (5) nokså stabilt rundt gjennomsnittet for de respektive fokusnivåene. I figur 3b fremkommer en relativt stabil tidsfordeling for nivåene semantisk affektrepresentasjon (2), affektbevissthet (3) og noe variasjon på overskridelsesnivå (6) frem til time 63. I time 71 sees en reduksjon i relativ tidsbruk på nivå 2 og 3 og en økning i tidsbruk på nivå 6. Denne utviklingstrenden fortsetter i time 78 og 88. Inspeksjon av utvikling i tidsbruk over timer, for T og P separat, bekrefter de beskrevne tendensene.



Figur 3a. Utvikling i nivå 1, 4 og 5



Figur 3b. Utvikling i nivå 2, 3 og 6

Note: Prosentandelen viser til andel tid brukt per nivå per time. 2 = time 2, 9 = time 9, (...), 88 = time 88.

Overskridelsens innhold

Den store økningen i tidsandel brukt på overskridelse (6) i de tre siste timene kan differensieres ytterligere. Observasjonsenheter som er gitt koden 6 kan enten representere faktisk overskridelse (6a) eller snakk om mulig overskridelse (6b). Videre representerer overskridelse alltid en endring fra et underliggende representasjonsnivå. Tilfeller av overskridelse kan altså både gi en indikasjon om *at* det foreligger endring og *hva slags* endring som forekommer.

I Ps snakk om overskridelse representerer 88% av tilfellene faktisk overskridelse. Av terapeutens intervensjoner kodet som overskridelse, utgjør 65% bekreftelse av faktisk overskridelse, mens 35% er oppfordring til, eller utforskning av, mulig overskridelse. Inspeksjon av undernivåene som er kodet parallelt viser at faktisk overskridelse forekommer mest på kontekstualiseringsnivå (nivå 5; 49%), som indikerer endrete representasjoner av selv og andre. 23% av overskridelsen forekommer på affektbevissthetsnivået toleranse (3.2), som tilsier at P har utviklet økt toleranse for affekt. 18% forekommer på affektbevissthetsnivået verbal ekspressivitet (3.4), som tilsier at hun uttrykker følelsesmessige opplevelser tydeligere og mer vedstått verbalt i møte med andre.

I det følgende illustreres arbeid på de oftest forekommende ARIF-nivåene med dialogutdrag. Her er affektkategori (AK) og relasjonskategori (RK) inkludert. Formålet med utdragene er å illustrere hvordan arbeid på de ulike nivåene kan vise seg. Samtidig er de valgt med hensikt å illustrere sentrale temaer i terapiprosessen. Rekkefølgen utdragene presenteres i reflekterer dialogens struktur og tematiske innhold heller enn kronologi.

Eksempler på arbeid med affektrepresentasjon (2) og affektbevissthet (3)

Observasjonsenheter som er kodet på nivå 2 inneholder et fokus på tydeliggjøring og språklig begrepsfesting av affektive opplevelser. Dette arbeidet forekommer ofte i vekselvirkning med arbeid på affektbevissthetsnivå (3), der det arbeides eksplisitt med de affektintegrerende funksjonene. Et sentralt tema i de tidlige timene er Erles fokus på egen kropp, og frykten for alvorlig sykdom og død. I time 2 sees et eksempel på hvordan T utforsker Erles opplevelse gjennom veksling mellom disse to nivåene.

Dialogutdrag fra time 2. Veksling mellom nivå 2 og 3.

Tur	Dialog	T	P	ak	rt
3	T: Hvordan har det vært for deg nå den tida siden forrige gang?	2		14	16
4	P: De siste par dagene har jeg vært litt urolig igjen og... (mm)		2	17	16
5	T: Hvordan merker du det?	3.1		17	16
6	P: Det er liksom sånn... Det kiler litt ekstra i magen og (jaha) hjertet hopper over et slag føles det som og, liksom litt sånn (ja) det spenner liksom, jeg vet ikke, sånn...		3.1	17	16

	(akkurat, så du) Rastløs har jeg vært og (mhm).				
7	T: En del sånne kroppslige (mm)... (...) Merker du det på tankene dine?	3.1		17	16
8	P: Ja (...) om kvelden særlig, da surrer det mye rundt meg liksom, selv om jeg sitter og ser på TV eller prater meg unga, så er det... Ikke sånn fjern som jeg har vært før, men liksom...		2	17	6
9	T: Hva er det som surrer i hodet ditt da, vet du sånn konkret hva det er du tenker på?	3.1		17	16
10	P: Huff, ja, jeg er så redd for å få kreft og død (mm). Jeg tenker mye på... det går ikke én dag uten at jeg tenker på at jeg har kreft.		2	4	16

Ved terapiststart går Erle på antidepressiva. I time 9 er det én måned siden hun seponerte disse. I time 9, 17, 30 og 40 er et sentralt tema at hun er usikker på sin egen kapasitet til å håndtere ubehagelig affekt uten psykofarmaka, samtidig som hun har et sterkt ønske om å klare seg uten. Utdraget nedenfor illustrerer hvordan det arbeides på affektbevissthetsnivå når Erle opplever at det å skulle fokusere på egne opplevelser gjør henne engstelig.

Dialogutdrag fra time 9. Arbeid på oppmerksomhets- og toleransenivå.

Tur	Dialog	T	P	ak	rt
49	P: Jeg har vondt for å puste og... (mm). Litt sånn (ja, akkurat).		3.1	16	16
50	T: Kjenner du det sånn nå også?	3.1		16	16
51	P: €		3.1	16	16
52	T: Hva er det som får deg til å kjenne det nå tror du? Hva er det du tenker på nå?	3.1		16	16
53	P: Det er vel det du prater om, tenker jeg. Hvordan jeg har det liksom. (...)		2	14	16
54	T: Så når vi går inn i hvordan du har det, så kjenner du at angsten kommer?	3.2		3	16
55	P: €. Det var lettere det og, da jeg gikk på tabletter, sånn, for jeg følte ikke helt sånn da (€). Da var det... alt var så likegyldig da (ja). Jeg har faktisk tenkt på om jeg kanskje må begynne igjen med tabletter, men nå har jeg da kommet så langt liksom... (ja)		3.2	3	16

Ytterligere et dialogutdrag fra time 9 illustrerer hvordan veksling mellom ulike affektbevissthetsnivåer kan vise seg. Her har Erle sagt at hun anstrenger seg for at kollegaer ikke skal se at hun er redd. I forlengelsen av dette spør T om det er annerledes når hun er hjemme. Sekvensen avsluttes med at Erle beskriver hvordan hun unngår å kjenne på og vise egne følelser, noe som er vurdert som del av hennes scriptmønster (nivå 4). Her er Erles frykt for å bli overveldet av egne følelser tydelig tilstede.

Dialogutdrag fra time 9. Veksling mellom affektbevissthetsnivåer.

Tur	Dialog	T	P	ak	rt
69	T: Er det lettere for deg da (hjemme), å vise at du har det sånn som du har det?	3.3		0	16
70	P: Jeg vet ikke riktig. (...) Da går det i ett liksom, så da (akkurat).		3.3	0	16
71	T: Så da tenker du ikke over de følelsene du har? (nei) (...)	3.1		14	16
73	T: Så du har på en måte ikke noe rom, du, for å kjenne etter de følelsene som er der?	3.2		14	16
74	P: Jeg tør ikke heller tror jeg (nei). Men... jeg skjønner kanskje at det må jeg. At dette er noe jeg må igjennom liksom (mm). Men... eh... jeg tror det er det jeg er redd for, at hvis jeg kjenner dem for mye, at det da liksom tipper over liksom.		4	3	16

I tillegg til frykten for alvorlig sykdom og død, er et sentralt tema i de tidlige timene at Erle opplever å være plaget av det hun kaller “ukontrollerte sinneutbrudd” rettet mot “alt og alle”. Her illustreres arbeid med dette temaet mens det veksles mellom affektbevissthetsnivåer.

Dialogutdrag fra time 9. Veksling mellom affektbevissthetsnivåer.

Tur	Dialog	T	P	ak	rt
127	T: Også har du også snakket om at du kan bli forbanna (ja). Og da viser du at du blir det/	3.4		4	16
128	P: (...) Litt for fort for forbanna liksom (...) Men det går fort over. Jeg er aldri langsint (nei).		3.4	4	16
129	T: Er det sånn da at du tenker at du har en god grunn til å bli forbanna når du blir det? (...)	3.2		4	16
133	P: Før så var det det, men nå er jeg... Nå er jeg oppriktig bekymra altså, for dette sinnet mitt, fordi at jeg føler at... (...) Det er mange ganger jeg ikke har grunn til det (jaha). (...) Alle irriterer meg så jævlig for tida (jaha). (...) Alt irriterer meg.		3.2	4	19

Eksempler på arbeid med kontekstualisering av script (5)

Arbeid på kontekstualiseringsnivå utgjør 21% av den totale tiden i de utvalgte timene. Hensikten med dette arbeidet er å etablere en meningsskapende relasjonell kontekst for utviklingen av Ps uhensiktsmessige måter å forholde seg til egne opplevelser på. I de utvalgte timene er et sentralt tema Erles opplevelse av oppvekstforholdene sine og moren sin spesielt. Hun forteller blant annet at moren hennes ofte ga uttrykk for en sterk frykt for å bli syk og dø. Erle husker å ha vært veldig redd for selv å dø eller å miste moren, og hun forteller at hun tidlig inntok en omsorgsrolle overfor småsøsknene sine. I dialogen veksler gjerne kontekstualiseringsarbeid med tydeliggjøring av affektoplevelser på lavere nivåer i hierarkiet. Et utdrag fra time 54 kan illustrere dette. Her snakker P og T om hvor lenge Erle har vært redd for at hun selv eller mor skulle dø.

Tekstutdrag fra time 54. Veksling mellom nivå 2,3 og 5

Tur	Dialog	T	P	ak	rt
62	T: Du har på en måte kjent på dette fra... ganske tidlig. Opp i gjennom ungdomsårene og kanskje helt ned til du var en 7-8 år. Kan du huske noe før den tida, hvordan det var da?	2		3	16
63	P: Nei, akkurat nå føler jeg at hele livet mitt har vært sånn, jeg (mm). Jeg kan liksom ikke huske noe før det, nei. Det er liksom, føler at jeg har levd med det hele livet.		2	3	16
64	T: Og da har det vel kanskje vært litt sånn at du både har vært redd for at moren din skulle dø, og at du selv skulle dø?	3.2		3	7
65	P: Dø ja		3.2	3	7
74	T: Ja, for dette er jo sikkert noe moren din har hatt fra dere var barn, som dere på en måte har/	5		3	7
75	P: /Så lenge jeg kan huske tilbake, så har hun... har jeg hørt ordet kreft, liksom.		5	0	7

Ts intervensjoner ser ofte ut til å ha en tydelig intensjon om å gi mening til Ps vanemessige måte å forstyrre og ignorere egne affektoplevelser på. Dette kan illustreres med et utdrag fra time 9, der tema er Erles overveldende frykt og tendens til å ville fjerne eller

skjule følelser. Erle reagerer først med å si at hun ikke vil legge skyld på moren sin, hvorpå T svarer at moren hennes kanskje har gjort sitt beste, men muligens ikke helt forstod eller klarte å forholde seg hensiktsmessig til Erles opplevelser. Sekvensen avsluttes med at T fokuserer på hvordan Erle ble møtt av mor, og hvordan dette danner en meningsfull bakgrunn for å forstå hvorfor og hvordan Erle nå forstyrrer egne affektoplevelser (script).

Dialogutdrag fra time 9. Arbeid med kontekstualisering av script.

Tur	Dialog	T	P	ak	rt
28	T: (...)Det er ikke sikkert hun tenkte over at det var vanskelig for deg (nei). Og kanskje hadde hun det så travelt med å skaffe penger og forsørge dere at hun ikke gikk inn i hva det var som skjedde hjemme. At du kanskje var lei deg. At du kanskje var redd og engstelig. Det ble det ikke så lett å gå inn i (nei) for moren din.	5		3	7
29	P: Men det sa... Jeg sa det flere ganger liksom når hun ikke kom hjem til rett tid og sånn. (...) Hun skjønnte vel litt det og, men samtidig så forsvarte hun seg med at det var ikke så lett å gi beskjed liksom.		3.4	3	7
30	T: Nei, så dermed så sier jo moren din at hun skjønner ikke helt (nei) at den jenta som ikke var voksen enda var redd og engstelig (mm) og forbanna.(...) Og dermed så fikk jo ikke du støtte på at du faktisk var engstelig. At du faktisk var forbanna. At det faktisk var vanskelig for deg.	5		3 4	7
31	P: Ja. Ja, nei, det er nok... riktig det. Det var litt slik.		5	0	0
32	T: Men da tenker jeg meg at for deg, så ble det jo viktig å skyve vekk de følelsene, da? (€) For det var jo ingen som egentlig tok vare på de følelsene hos deg.	5		14	16
33	P: Nei. Jeg var vel egentlig ganske mye alene om det da og tror jeg (ja).		5	14	16
34	T: Og kanskje er det det samme som skjer i dag? (ja)	4		14	16

Arbeid på kontekstualiseringsnivå forblir sentralt også senere i terapiforløpet. Erles affektorganisering fortsetter å vise seg i at frykt, på tvers av situasjoner og relasjoner, forbindes med forestillinger om dødelig sykdom. I time 71 uttrykker hun frustrasjon i møte med sin egen tendens til å bli redd for sykdom og død. T fortsetter da å fokusere på hvordan dette scriptmønsteret er forståelig i lys av Erles formative kontekst.

Dialogutdrag fra time 71. Arbeid med kontekstualisering av script.

Tur	Dialog	T	P	ak	rt
101	T: Ser du hvor utrygg hun (mor) da klarte å gjøre dere? Hun mente jo ikke... (...) Men kan man tenke seg det lille barnet på 6-7 år høre det, eller 8 år. Høre det fra en voksen (mm) at «dere har jo bare meg og ingen andre», samtidig som (...) «jeg tror jeg dør» (ja). Kan du tenke deg hvor redd du må ha vært? (mm) (...)	5		3	7
102	T: Og jeg tror det er noe av det samme som skjer med deg i dag (mm). Selv om den angsten da har begynt å bli mindre (ja).	4		3	16

Eksempler på arbeid med scriptoverskridelse (6)

Scriptverskridelse er kodet i 24% av tiden i de utvalgte timene. Hensikten med arbeid på dette nivået er å utforske, bekrefte og støtte opp om endring, samt å utfordre til videre endring. Som beskrevet, viste overskridelsen seg hovedsakelig i endrete representasjoner av selv og andre, økt toleranse for affekt, og tydeligere og mer vedståtte affektuttrykk.

Et felles tema for overskridelsen i time 71, 78 og 88 ser ut til å være at Erle har endret forståelsen sin av frykten for å bli syk og dø. I time 78 arbeider T og P med å utforske hvordan frykten for å dø eller miste tilknytning er automatisert. Her tar Erle selv initiativ til å kontekstualisere scriptet. Som følge av at hun tidligere opplevde frykten som kroppsliggjort og meningsløs, representerer dette initiativet en tydelig overskridelse.

Dialogutdrag fra time 78. Arbeid med scriptidentifisering og –overskridelse.

Tur	Dialog	T	P	ak	rt
69	T: Tror du at du setter likhetstegn mellom det å bli redd og det å være redd for å miste?	4		3	1
70	P: Ja, det gjør jeg. For jeg... jeg mener bestemt at liksom... det er det første jeg tenker på, at «tenk om de dør», liksom. Eller «tenk om jeg dør» eller, liksom... (...) Jo, det stemmer nok.		4	3	19
71	P: (...) Det er jo det samme som jeg opplevde i barndommen, det.		6	3	16
72	T: Ja, det er jo det.	6		3	16
73	P: At jeg liksom... Hver gang jeg ble redd, så var det vel... Ikke hver gang, kanskje, du er jo redd på forskjellige måter liksom. Men mye var jeg redd på grunn av at jeg... ja, skulle miste moren min, da.		6	3	7

I dialogutdrag fra time 9 så vi at Erle opplevde det å skulle fokusere på egne opplevelser og gi uttrykk for dem i terapirelasjonen som angstprovoserende. I time 40 ga hun uttrykk for at det var lettere å gi uttrykk for følelser i terapirommet enn andre steder. Således ser scriptoverskridelsen ut til å vise seg i terapirelasjonen før Erle uttrykker følelser tydeligere i møte med andre enn terapeuten. I time 71 sier Erle at hun opplever frykten som mindre skremmende, og lettere å snakke om, som følge av at hun kan forstå hvorfor hun var og er redd for å dø.

Dialogutdrag fra time 71. Arbeid med overskridelse.

Tur	Dialog	T	P	ak	rt
122	P: For lenge siden, så turte jeg ikke å prate om det en gang, holdt jeg på å si (P småler)		6	3	16
123	T: Nei, kan du huske hvor ille det var for deg å komme hit egentlig, og snakke om disse tingene?	6		16	16
124	P: Å, ja. Det husker jeg (mm). (...) Det var tungt, men nå går det greit (mm), for jeg skjønner mer og mer liksom (mm). Det... litt årsaker og... ikke minst, liksom (mm). Så det er jo ikke farlig.. altså... angst og sånn, nå ser jeg litt annerledes på det og. For nå har vi liksom funnet en årsak til hvorfor jeg har vært så redd liksom (mm). Og er så redd for å dø (ja). Da er det liksom lettere å prate om, da (mm). Det er klart, jeg er klar over at jeg kan dø altså. Alle skal jo dø (mm). Men... jeg tror kanskje etter hvert at det blir lettere å tenke på døden også (mm).		6	3	16
125	T: At det går an å ha et normalt forhold til det, mer enn den fryktelige angsten som du har i forhold til døden? (ja) Og det at den angsten er forståelig når man tenker på den lille jenta (mm) som var redd for å bli igjen alene (...).	5		3	16
126	P: Men det er... altså, det har jeg aldri forstått at... Ikke før jeg kom hit og begynte å prate om det, så har jeg sett det sånn. For før så har det alltid vært «Du var så flink du, Erle» (mm).		6	0	16

I time 71, 78 og 88 ser det altså ut til at Erle forstår frykten sin på en annen måte enn hun gjorde ved terapiststart. Overskridelsen i disse timene dreier seg mye om hvordan Erle fungerer relasjonelt og hvordan hun opplever seg selv og andre. Dette fokuset skiller seg tydelig fra hennes typiske fokus i time 9, 17, 30 og 40, der hun i større grad vendte oppmerksomheten sin mot egen kropp og forestillinger om sykdom og død. Et relasjonelt tema som blir stadig mer sentralt er Erles tendens til å ta på seg skyld og ansvar på tvers av relasjoner og situasjoner. I de tidlige timene viste denne tendensen seg både i at hun kjente et ansvar for å løse mors og søsters livsvansker, at hun tok på seg skylda for andres feil på jobben, og at hun beskrev en opplevelse av å ha “konstant dårlig samvittighet”. Fra og med time 17 arbeider P og T mye med Erles frykt for å tillate seg å fokusere på egne behov og ønsker og sette grenser i møte med andre. I time 63 gir Erle uttrykk for at hun opplever sin egen tendens til å ta på seg skyld som automatisert og tyngende, og vi ser en begynnende overskridelse av scriptmønsteret.

Dialogutdrag fra time 63. Opplevelse av skyldberedskap.

Tur	Dialog	T	P	ak	rt
59	Det føles tyngre å gjøre det nå enn det gjorde før i tida, liksom (mm). (...)		6	16	16
60	T: Det er tøffere å?	3.2		16	16
61	P: Å liksom, det å ta på seg skylda nå liksom (ja, akkurat). Hvis du skjønner hva jeg mener, jeg synes det er... det er fryktelig tungt å ha det slik (ja).		3.2	10	16
62	T: Ja. Det vil si at det er ikke lenger en helt automatisk del av deg, men du begynner å tenke over at ”Dette her er noe som gjør det tungt for meg.” Er det det... tror du det er det som skjer med deg?	6		10	16
63	P: Ja, for... jeg tenker... (...) Jeg synes det... jeg føler at det stadig mer er en kamp liksom for å forsvare meg for at det ikke er min skyld liksom (ja) (...).		6	10	16

I forlengelsen av den endrete opplevelsen av skyldfølelsen, arbeider Erle aktivt med å sette grenser i møte med mor og søster. Hun uttrykker også en endret opplevelse av sitt eget sinne. Mens hun, som illustrert i time 9, opplevde å være sint uten grunn, opplever hun i time 78 at sinnet er rettmessig rettet mot mor og søster.

Dialogutdrag fra time 78. Overskridelse.

Tur	Dialog	T	P	ak	rt
44	P: Så blir jeg litt sint på dem for at de ikke gjør noe selv. At de bare sitter der, akkurat som... forventer at hvis bare de sitter og venter lenge nok, så blir livet helt all right, liksom. (...) Det er derfor jeg føler at jeg må stille opp for dem, jeg da, når ingen andre gjør det liksom (mm). Men... jeg gjør det mer og mer bare når jeg har lyst (ja). (...)		6	4	7 10
46	P: Og nå får de bare skjønne at nå har jeg snart ikke tid (...) Jeg synes liksom at de snart må skjønne det. Men jeg er sånn sint og bitter på dem, altså.		6	4	7 10

I time 88 snakker P og T om at Erles endrete syn på mor og en hennes nye forståelse av frykten har satt henne i stand til å avgrense seg fra mor og fokusere på egne behov i større

grad enn tidligere. Erle sier også at den selvavgrensingsprosessen hun har hatt i relasjon til moren har gjort at hun har klart å avgrense seg fra andre. Konkret viser dette seg i at hun ikke lenger “tar på seg” andres sykdom og ansvar.

Dialogutdrag fra time 88. Overskridelse.

Tur	Dialog	T	P	ak	rt
132	P: (...) Når jeg ser disse tingene, (ja) bare det hjelper. Det er greit nok hvis ikke hun (mor) kan forandre seg, hvis ikke hun går og får hjelp eller kan forandre seg. Selv om jeg ikke sier noe til henne og, så føler jeg at liksom... livet for meg er mye lettere for meg, for at... Selv om hun fortsetter med det hun driver med (mm), har drevet med i alle år (ja, ja) så kan... (...) Hvordan skal jeg forklare det? Jeg klarer å hjelpe meg selv på et vis, kanskje, at jeg... (...)		6	15	7
134	P: Ikke noe skulle komme mellom oss vet du.		5	0	7
135	T: Ingenting mellom dere. (...) Mens nå så ser du at du er faktisk en annen person enn moren din (mm). Og du kan føle andre ting enn det hun gjør (jah), ikke sant. (mm) Og det er kanskje der du er nå – at da går det an å høre på hva hun sier uten at det blir ditt (riktig). Når dere ikke står helt sånn sammen som én person (mm). (...)	6		0	7
138	P: Det samme overfor andre folk og egentlig. At det liksom (ja)... Andres skjebne er liksom ikke min greie.		6	0	19
139	T: Den er ikke din (mm). Og jeg tror det var mye sånn på begynnelsen. Når andre... hvis andre var syke eller andre hadde ett eller annet, så ble det ditt, ikke sant?	6		0	19
140	P: Da var jeg det og (P ler) (ja). (...) Eller «Dette må jeg ordne opp i», tenkte jeg da.		6	0	16
141	T: Så det som har skjedd med deg egentlig, på disse årene, det er at du har avgrenset deg selv i forhold til omverdenen (mm). Du er en egen person med dine tanker og følelser (mm).	6		14	16
142	P: Så føler jeg liksom at det... Det at det har skjedd med mor mi og meg nå, eller at jeg liksom klarer å bryte meg vekk fra henne, og ha mitt liv (mm)... (...) Jeg tror det er derfor jeg har klart det overfor andre (ja). Det var først og fremst moren min. (...)		6	0	7 19
149	T: Ja, da lærte du deg hvordan det var å være sammen med et annet menneske, ikke sant (mm). Og sånn ble det da i andre relasjoner som du fikk. Men når du da begynner å løse opp og se at moren din er henne, og du er en annen, så skjer også det i andre relasjoner (jah). Automatisk.	6		0	7
150	P: Det merker jeg. (...) Faktisk så har det blitt lettere å leve ute blant folk. (mm). €. Det ser jeg nå – at det med mora mi har vært ganske sterke saker egentlig.		6	0	7
151	T: Det har det. Det har vært sterke saker. (mm) Det var ikke noe rart du hadde den angsten du hadde.	6		4	7

Videre gir Erle tydelig uttrykk for at sinnet hun tidligere kjente overfor moren sin har avtatt parallelt med at hun har jobbet aktivt med å få kontakt med egne opplevelser, la seg informere av dem og sette grenser i møte med andre. Hun beskriver også et ønske om å hjelpe mor å forstå at hun er glad i henne selv om hun ønsker å leve sitt eget liv, og at selvavgrensingsprosessen således ikke representerer en avvisning.

Dialogutdrag fra time 88. Overskridelse.

Tur	Dialog	T	P	ak	rt
152	P: Kjempebitter på henne en periode nå og en stund (ja). Sint og bitter og, uten at hun kanskje har skjönt noe av det, tror jeg. Men nå begynner jeg nesten... Nå går det nesten over i at jeg synes det er synd at ikke hun kan gå og få hjelp og... (...) Men jeg tror nok at et skritt på veien er at jeg har gått for å få hjelp (ja). At hun skjønner nå at det må hun bare godta – at jeg har mitt liv. Mine unger har sitt liv (mm). (...)		6	4	7
156	P: At jeg må... Jeg tenker meg at liksom det blir sikkert litt å jobbe med, tror jeg kanskje. At... å få henne til å forstå at vi er glad i henne selv om vi ikke er sammen med henne 24 timer i døgnet, holdt jeg på å si (mm).		6	11	7

3.2.2 Dialogens tema: affekter og relasjoner

Som illustrert i dialogutdragene, er alle observasjonssenheter kodet for affekt- og relasjonskategori. Forskningsspørsmål 1d dreier seg om forekomst av affektkategorier, forekomst av tydelig affekt, forekomst av relasjonskategorier, og kombinasjoner av affekt- og relasjonskategorier. Her presenteres først affekt- og relasjonskategorier hver for seg, før kombinasjoner av de to kommenteres. Da det forelå ubetydelige forskjeller mellom forekomst av AK og RT hos P og T, presenteres resultatene slik de forekommer for de to samlet.

Affektkategorier

Tabell 4 viser affektkategoriene (AK) det brukes mest tid på. Tallene er oppgitt i prosentandel av tiden totalt for hele forløpet og innad i hver time. Det er kodet et eksplisitt fokus på affekt i 81% av den totale tiden i de ti timene. Blant de differensierte affektkategoriene forekommer frykt (28%), sinne (13%) og skyld (7%) oftest.

Tabell 4. Andel tid kodet med de mest frekvente affektkategoriene: Gjennomsnitt og utvikling (P og T)

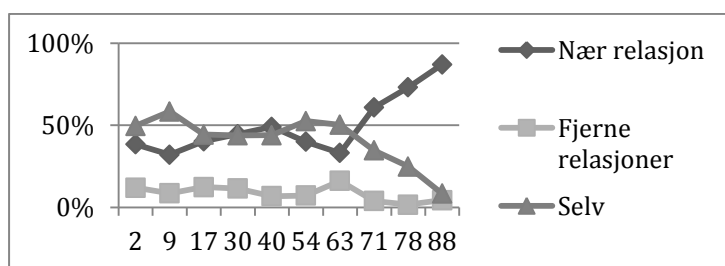
Affektkategori	Time										
	Totalt	2	9	17	30	40	54	63	71	78	88
3. Frykt	28	28	23	15	16	34	64	7	50	35	24
4. Sinne	13	4	29	4	0	10	10	6	19	32	19
7. Skyld	7	0	1	2	14	1	1	29	6	9	4
16. Udiff. ubehagelig	21	27	23	32	37	27	6	29	11	9	2
15. Udiff. Behagelig	6	3	3	12	13	6	2	8	3	4	3
0. Ingen affekt	19	15	12	16	21	11	16	7	19	20	50

Note: Prosenttallene er oppgitt som andel tid brukt på én AK av den totale tiden i en gitt time.

Inspeksjon av utviklingen i forholdet mellom differensiert og udifferensiert affekt viser at P fokuserer mer på differensiert enn udifferensiert affekt i brorparten av timene. Basert på de utvalgte timene, er andre halvdel av terapiprosessen kjennetegnet av et større fokus på differensiert affekt enn tilfellet er for time 2 til 40. Ved inspeksjon av de samme forholdene innad i Ts taletid, sees det samme mønsteret hva gjelder utvikling på tvers av timer. Sammenliknet med P, viser imidlertid T et eksplisitt fokus på differensiert affekt i en større andel av sin taletid i samtlige timer.

Relasjonskategorier

Det er kodet et eksplisitt relasjonelt fokus i 99% av tiden i de utvalgte timene. De to fokuserer på Ps forhold til seg selv, uten at noen annen spesifikk relasjon er nevnt, i 42% av tiden. Deretter følger et fokus på mor (20 %), døtre (10%), søsken (8%) og familien som helhet (5%). De utvalgte timene er altså kjennetegnet av et fokus på nære relasjoner. Når tid brukt på nære relasjoner, fjernere relasjoner og P selv studeres på tvers av timer, sees et tydelig skifte mellom time 63 og 71, der tid brukt på nære relasjoner øker og tid brukt på P selv, uten at andre relasjoner er representert, synker (se figur 4).



Figur 4. Utvikling i tid brukt på nære og fjerne relasjoner.

Samtidig forekommende affekt- og relasjonskategorier

Når det fokuseres på frykt er det oftest forekommende relasjonelle fokuset ”selv”, ”mor” og ”datter”. Når kombinasjoner av frykt og relasjonskategorier inspiseres over tid, sees én tydelig utviklingstrend: Frykten omtales stadig oftere samtidig som det fokuseres på Erles mor og datter. Som illustrert i dialogutdragene, ble frykten stadig oftere plassert i relasjonelle kontekster, der et sentralt tema var Erles frykt for å miste tilknytningen til mor som barn. Frykten fremstod også etter hvert som mer forbundet med skyld i form av en frykt for å fokusere på egne behov og ønsker fremfor andres. Affektkategorien skyld forekommer oftest sammen med relasjonskategoriene selv og familien som helhet. Det sees ingen systematisk utvikling i kombinasjoner av skyld og relasjonskategorier. Når det fokuseres på sinne er de oftest forekommende relasjonskategoriene ”mor”, ”selv” og ”søster”. Også her sees en utvikling på tvers av timer, der sinne oftere omtales samtidig som det fokuseres på mor eller søster i de tre siste utvalgte timene enn i de syv første. Dette er illustrert i dialogutdragene over, der Erle etter hvert benytter sinnet til å sette grenser i møte med andre.

3.2.3 Interaksjonen mellom pasient og terapeut

De utvalgte timene inneholdt 800 T-P-sekvenser, 794 P-T-sekvenser, 795 P1-T-P2-sekvenser og 789 T1-P-T2-sekvenser. Analyser av interaksjonssekvenser mellom P og T indikerer at de to som oftest følger motpartens forutgående fokus og at de i stor grad følger motpartens respons på sitt fokus i sitt umiddelbare gjensvar.

Pasientens responsmønster. Analyser av T-P-sekvensene viser at Ps vanligste respons er å følge Ts fokus (55% av sekvensene; kfr. Tabell 1 i vedlegg 4). Dette er også tilfellet når timene analyseres hver for seg; Den oftest forekommende responsen er på samme nivå som Ts foregående intervensjon (mellom 42% og 64% av responsene), og det fremkommer ingen tydelig utviklingstrend i responsmønster utover i terapiprosessen. Analyser av P1-T-P2-sekvensene viser at P som oftest beveger seg i retning av Ts mellomliggende intervensjon (se evt. tabell 2 i vedlegg 4). I sekvenser der T intervensjoner på et lavere nivå enn Ps første representasjon, er Ps andre representasjon på et lavere nivå enn den første i 67% av tilfellene. Når Ts intervensjon er på samme nivå som Ps første representasjon, holder P sitt opprinnelige nivå i 73% av tilfellene. Når Ts intervensjon er på et høyere nivå enn Ps første representasjon, er Ps andre representasjon på et høyere nivå enn den første i 79% av tilfellene. Inspeksjon av forekomst av ulike sekvenser separat per time bekrefter i all hovedsak dette inntrykket.

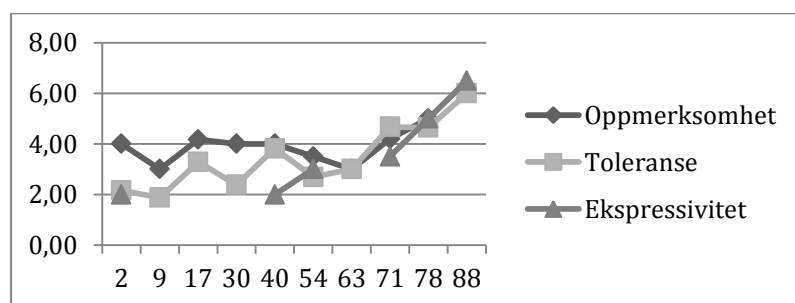
Terapeutens responsmønster. Ved tilsvarende inspeksjon av P-T-sekvensene, fremkommer det at Ts vanligste respons er å intervensjonere på samme nivå som Ps forutgående representasjonsfokus (68% av sekvensene; se evt. tabell 1 i vedlegg 4). Analyse av Ts responsmønster slik det fremkommer på tvers av de ti timene bekrefter bildet av at T som oftest følger P (61%-81%), og det sees ingen systematisk utvikling utover i terapiforløpet. Analyser av T1-P-T2-sekvensene indikerer at T beveger seg i retning av Ps mellomliggende respons i brorparten av sekvensene (se evt. tabell 3 i vedlegg 4). I tilfeller der Ps representasjonsnivå er på et lavere nivå enn Ts første intervensjonsfokus, er Ts påfølgende intervensjon på et lavere nivå i hierarkiet i 69% av tilfellene. Når Ps representasjonsfokus er på samme nivå som Ts første intervensjon, er Ts påfølgende intervensjon på det samme nivået i 58% av tilfellene. Likeledes er 75% av Ts intervensjoner på et høyere nivå enn hennes første intervensjon når Ps representasjonsfokus befinner seg på et høyere nivå enn den første intervensjonen. Hovedlinjene i dette bildet bekreftes når interaksjonsmønstrene inspiseres time for time.

3.3 Grad av affektbevissthet

I det følgende beskrives utvikling i grad av affektbevissthet over forløpet. Affekten frykt er studert grundig gjennom skåring av de fire AB-aspektene i samtlige utvalgte timer. Denne utviklingen beskrives først. Derneft beskrives overordnet endring i affektbevissthet for de to affektene som fulgte frykt i forekomst, nemlig skyld og sinne. Denne beskrivelsen baseres på kvalitative observasjoner og dialogutdrag, og vil ha fokus på hvilken rolle skyld og sinne ser ut til å ha i affektintegrasjonsprosessen. Betydningsfulle trekk ved utviklingen fremheves og det gis tentative skårer for de aktuelle affektbevissthetsaspektene.

3.3.1 Frykt

Her beskrives først utviklingen i AB for frykt slik den fremkommer på et overordnet nivå. Derneft utdypes de kvantitative skårene med beskrivelser av hva de ulike skårene indikerer, hvilke kvalitative observasjoner de er basert på og referanser til dialogutdrag. Beskrivelsen tar utgangspunkt i gjennomsnittsskårer for de ulike affektbevissthetsaspektene per time. Figur 5 viser overordnet utvikling i AB for affektkategorien frykt over terapiforløpet (se evt. også tabell i vedlegg 5). Figuren viser en utvikling som kan beskrives som to faser. I time 2 til 63 sees ingen systematisk endring i oppmerksomhetsskårene. Toleranseskårene ser ut til å øke noe, men viser variasjon som kan indikere en ujevn utviklingsprosess. Ekspressivitet er kun kodet i tre av de seks timene, noe som gjenspeiler at ekspressivitet for frykt var et lite forekommende fokus i denne fasen. I time 71 til 88 sees en gradvis økning i samtlige aspekter, særlig toleranse og ekspressivitet. Samtidig øker skårene mer konsekvent mellom timer, noe som kan indikere at endringen er mer stabil enn den var i time 2 til 63.



Figur 5. Utvikling i affektbevissthetsskårer for frykt.

Oppmerksomhet

I time 2 til 63 varierer gjennomsnittsskårene for oppmerksomhet mellom 3 og 4. En skåre på 3 indikerer uklar fokusering. P kan velge ut følelsen, men oppmerksomhetskriteriene

er udifferensierte i en slik grad at de også kan være kriterier for andre følelser eller opplevelsestilstander (for eksempel depresjon). Skåren 4 indikerer at fokuseringen er noe klarere, men at den er begrenset til sjeldne anledninger (å bli syk/dø) og sterke intensiteter. Som illustrert i time 2, er de tidlige timene preget av at Erle kobler uklart representerte angstfølelser til psykosomatiske symptomer og sykdomstanker. Hun fokuserer på smerter og forandringer i hvordan kroppen ser ut eller kjennes, er urolig og anspent og beskriver en stadig leting etter sykdomstegn på egen kropp.

I time 71 til 88 varierer oppmerksomhetsskårene for frykt mellom 4 og 5. 5 indikerer at P klarer å oppnå tydelig fokusering av minst én opplevelseskvalitet (kroppslig/mental) ved følelsen, uten sammenblanding med andre følelser. Skåren tilsier at Erles holdning er preget av et forsøk på å oppnå fokusering. Hun ser ut til å bruke oppmerksomheten til å differensiere mellom ulike affekter, særlig frykt, sinne og skyld. Her viser hun altså en tydelig endret kapasitet til å differensiere mellom ulike affektoplevelser.

Toleranse

Gjennomsnittsskårene for toleranse varierer mellom 2 og 4 fra time 2 til 63. En skåre på 2 tilsvarer overveldelse. Et typisk eksempel på overveldelse er at P blir lammet av sykdomsangst i en slik grad at hun ikke klarer å nyttiggjøre seg motivasjonsaspektet i følelsen. I de tidlige timene gir Erle uttrykk for at hun ustanselig plages av frykt for egen eller andres sykdom og død. Hun opplever at angsten kan komme ”kastet på” henne, og er redd for panikkanfall. Frykten gir ikke mening for henne som noe annet enn sykdom, og den plasseres ikke i en relasjonell kontekst. Toleranseskåren 3 tilsvarer undertrykking, og viser til at P ønsker å unngå eller ignorere følelsens virkning. I time 2 bruker Erle antidepressive og beroligende medikamenter. Hun opplever at dette gjør henne passiv og likegyldig i møte med følelser, en virkning hun initialt setter pris på. Dette kan forstås dithen at medikamentene bygger opp under Erles tendens til unnvikende håndtering og fasiliteter neglisjering av følelser. Som illustrert, blir Erle engstelig når hun fokuserer på egen opplevelse i time 9, én måned etter at hun har seponert psykofarmaka. Hun opplever mangel på kontroll og betviler sin egen evne til å tolerere ubehagelige følelser. Skåren 4 gjenspeiler en ujevn og vekslende toleransefunksjon. Erle kan enkelte ganger la frykten virke på seg, mens hun andre ganger overveldes (skåre 2) eller undertrykker følelsen aktivt (skåre 3). I time 17, 30 og 40 beskriver P tidvis en nyvunnet opplevelse av kontroll, samtidig som hun betviler dens stabilitet. I time 40, 54 og 63 viser hun et redusert behov for unnvikende håndtering (medikamentelt eller

psykisk), men håndteringen varierer fortsatt med følelsens varighet, intensitet og kontekst, derav de ustabile toleranseskårene.

I time 71, 78 og 88 øker toleranseskårene for frykt gradvis og stabiliseres etter hvert på et nivå mellom å akseptere følelsen (5) og å gi den en adaptivt motiverende virkning (6). Den økte toleransen viser seg både i endret virkning (overveldes ikke), håndtering (tro på egen kapasitet til å håndtere uten støtte av psykofarmaka) og at Erle tillegger følelsen ny mening, gir den signalverdi. At frykten har fått tydelig signalfunksjon kan sees når Erle, som vist i utdrag fra time 71, forstår sykdomsangsten sin i lys av frykten for å miste mor som barn. I time 78 og 88 reflekterer Erle aktivt over hvordan frykten kan forstås som noe annet enn sykdom, og hun lar følelsens meningsinnhold informere sin opplevelse av seg selv og nære andre.

Ekspressivitet

Ekspressivitetsskårene i time 2 til 63 gjenspeiler en tendens til å avbryte eller unngå affektive uttrykk (skåre 2). I time 2 anstrenger Erle seg for å hindre at det kan sees på henne at hun er redd. Hun opplever frykten som meningsløs, og gir uttrykk for at hun derfor ikke ser noen hensikt i å skulle dele den med andre. I time 71 til 88 sees en positiv utvikling i ekspressivitetsskårene. Den økte forekomsten av skårbare turer i disse timene gjenspeiler at Erles oppmerksomhetsfokus oftere enn før er rettet mot å uttrykke seg i nære relasjoner. Her indikerer ekspressivitetsskårene en bevegelse fra ambivalens (4) til et ønske om å vedstå seg følelsen utad (5), og i time 88 sees en tydelig innstilthet på å vedstå seg følelsens informasjonsinnhold i relasjoner med andre. Erle beskriver en lite feltavhengig og tydelig begrepsbruk i møte med både mor, søster og døtre. Økt toleranse for egne affektoplevelser seg ut til å gjøre det lettere å uttrykke seg, også i terapirelasjonen, slik det tidligere er illustrert når Erle, i time 71, reflekterer over hvordan opplevelsen av å skulle snakke med terapeuten om sykdomsangsten har endret seg gjennom terapiforløpet.

3.3.2 Skyld

Ved terapistart er Erles relasjonelle stil preget av en tendens til å sette andres behov foran egne og ta på seg skyld og ansvar på tvers av situasjoner og relasjoner. Affekten skyld er ofte implisitt tilstede i dialogen. I time 17 fremstår P delvis drevet av skyldfølelse (tilsvarer toleranseskåre 2). Hun har ikke noe godt begrep om følelsen, men kan kjenne den og innrømme at den virker i seg. Hun prøver konsekvent å unngå følelsens virkning ved å sette andres behov i fokus og gå på tvers av seg selv (tilsvarer toleranseskåre 3). Det blir tydelig

for Erle at hun er redd for å avgrense seg og fokusere på egne behov og opplevelser. Utover i terapiforløpet arbeider T og P mye med å forstå frykten i lys av skyldfølelsen, og de to affektene differensieres.

Når Erle i time 63 beskriver en kamp for å overskride den automatiserte skyldberedskapen, samsvarer det med en toleranseskåre på 6. Dette indikerer at hun gir følelsen en adaptivt motiverende virkning, og her viser hun en begynnende vilje til å la seg informere av følelsen i forsøk på å avgrense seg og utøve selvomsorg. I time 71, 78 og 88 jobber Erle aktivt med å overskride sin egen automatiserte skyldberedskap. Hun kan fortsatt kjenne impulser til å ville stille opp og ”ordne opp i” eller ”ta på seg” vansker i familien eller på jobb, men i disse timene kan hun i stadig større grad kjenne lojalitet til andre uten å bli selvutviskende eller gå for mye på tvers av seg selv. Hun anerkjenner skyldfølelsen, lar seg informere av den og vurderer den opp mot aktuell kontekst. Dette tilsvarer toleranseskåre 7. I disse timene ser det altså ut til at Erle i stadig større grad får kontakt med egne affektopplevelser, differensierer dem, og lar dem informere sin opplevelse av hvem hun selv er og hvem andre er. Hun bruker følelsesinnholdet i skyldfølelsen til å hevde sin egen rett til å ta hensyn til egne ønsker og behov. Dette tilsvarer toleranseskåre 8. Således fremstår integrasjonen av skyldfølelse som en viktig drivkraft for en selvavgrensningsprosess.

3.3.3 Sinne

Som illustrert med utdrag fra time 9 opplever Erle initialt å være sint på ”alt og alle” og plages av det hun kaller ”ukontrollerte sinneutbrudd” hjemme. Hun opplever sinnet som uberettiget og bekymringsfullt. Fra start til slutt sees en tydelig utvikling i hvordan Erle forholder seg til eget sinne. Som illustrert fremstår hun, i time 78, sint på mor og søster da hun opplever at de fortsetter å forvente at hun skal ta ansvar for deres ve og vel, og at de ikke tar ansvar for egne liv. Her ser skyld, frykt og sinne ut til å være mer differensiert og integrert enn det var i begynnelsen av terapien. Erle kan nyttiggjøre seg sinnet til selvavgrensning. Samtidig kjenner hun først igjen en opplevelse av at det er konfliktfylt å avgrense seg, og at sinnet kan gi henne skyldfølelse. I time 88 gir Erle, som illustrert i dialogutdrag, uttrykk for at hun i større grad har forsonet seg med at mor er som hun er, og at det ikke er hennes ansvar å sørge for henne. Her ser hun ut til å ha latt opplevelsen av sinne informere henne om sin opplevelse av at mors perspektiv er annerledes enn hennes, for så å forsone seg med det. Dette tilsvarer toleranseskåre 8.

4 Diskusjon

I denne studien er ti utvalgte timer fra et vellykket terapiforløp studert i lys av et affektintegrasjonsperspektiv. Studiens hensikt er å beskrive *både* de prosessene som antas å befordre endring *og* utviklingen i den antatte endringsmekanismen. Forskningsspørsmålene er utformet med utgangspunkt i en antakelse om at endringer på makronivå (utfall) vil gjenspeiles i endringsprosess og grad av affektbevissthet slik dette viser seg på mikronivå i den terapeutiske dialogen. I det følgende diskuteres først den observerte endringsprosessen opp mot ABTs teoriutledete forventninger og relevant empiri (forskningsspørsmål 1). Derneft diskuteres utviklingen i grad av affektbevissthet i lys av affektteori (forskningsspørsmål 2). Videre benyttes det totale datatilfanget som utgangspunkt for en drøfting av forholdet mellom den observerte utviklingen i endringsprosess, grad av affektbevissthet og utfall. Jeg vil så påpeke studiens begrensninger og drøfte implikasjoner for videre forskning.

4.1 Endringsprosess

4.1.1 Dialogens struktur: fokusnivåer

Affektbevissthetsmodellen (ABT) bygger på en antakelse om at en endringsbefordrende terapiprosess vil kjennetegnes ved at det arbeides på samtlige ARIF-nivåer. Når strukturen i terapialdialogen i de utvalgte timene sees samlet, er resultatene i tråd med denne forventningen. Det sees også en tydelig utvikling i hvilke nivåer det arbeides mest på. Som beskrevet innledningsvis, vil en anta at det i vellykkede terapiforløp vil brukes stadig mer tid på høyere nivåer av affektintegrasjon (4-6). Endringsprosessen i det aktuelle forløpet er kjennetegnet ved stabilitet i arbeid på både script og –kontekstualiseringsnivå, men en stor økning i fokusering på overskridelsesnivå. Den observerte økningen i faktisk overskridelse samsvarer med den teoriutledete forventningen om at en vellykket terapiprosess vil innebære endring i tidligere maladaptiv fungering. Stabiliteten på script- og kontekstualiseringsnivå strider imot de teoriutledete forventningene. Innholdet i overskridelsen viser imidlertid at en betydelig del av endringen forekommer på kontekstualiseringsnivå. Således indikerer data at det arbeides stadig mer på både kontekstualiserings- og overskridelsesnivå, noe som samsvarer med forventningene. Studien viser likevel en potensiell svakhet ved ARIF-systemets mulighet til å undersøke sentrale antakelser om strukturen i endringsprosesser. I denne studien er alle tilfeller av overskridelse kodet parallelt for underliggende endringsnivå. Uten en slik parallellkoding hadde resultatene vært mindre informative.

4.1.2 Dialogens tema: affekter og relasjoner

Hensikten med forskningsspørsmål 1c var å beskrive det affektive og relasjonelle fokuset i terapiforløpet. De utvalgte timene hadde et tydelig affekt- og relasjonsfokus. De oftest forekommende differensierte affektkategoriene var frykt, sinne og skyld. De utvalgte timene viste først en nedgang i tidsandel med fokus på differensiert affekt relativt til udifferensiert affekt, før denne andelen steg i de to siste utvalgte timene. I utgangspunktet strider den initiale nedgangen i tydelig affekt imot teoriutledete forventninger om at forekomst av tydelig affekt vil øke parallelt med det endringsfremmende arbeidet. Kjennskap til at denne nedgangen sammenfaller med at Erle seponerer psykofarmaka og beskriver en opplevelse av frykt for overveldelse bidrar imidlertid til å gjøre observasjonen mer forståelig. Dette illustrerer verdien av kjennskap til kontekstuelle faktorer i studier av endringsprosess. Den påfølgende økningen i differensiert affekt ser ut til å forekomme samtidig med økningen i overskridelse. Det gir grunnlag for å anta at forekomst av differensiert affekt kan være forbundet med endring, som antatt i ABT.

Inspeksjon av de oftest forekommende relasjonskategoriene viste at prosessen var kjennetegnet av et større fokus på nære enn fjerne relasjoner. Utviklingen i samtidig forekommende affekt- og relasjonskategorier over timer viste at Erle i stadig større grad fokuserte på frykt og sinne samtidig som hun fokuserte på betydningsfulle andre. Det forelå også et tydelig skifte mellom time 63 og 71, hvorpå Erle i mindre grad fokuserte på seg selv uten at andre nære relasjoner var representert samtidig. Dette samsvarer med teoriutledete forventninger om affektintegrasjonsarbeid vil innebære et fokus på betydningsfulle personer i pasientens liv. Observasjonen av et økende fokus på nære relasjoner utover i forløpet kan tyde på at Erles oppmerksomhet er endret. Mens hun ved start vendte oppmerksomheten sin mot egen kropp i forståelsen av overveldende og skremmende følelser, så hun ved avslutning ut til å anse relasjoner som relevante for å forstå sine egne og andres affektoplevelser og relasjonsbehov. Den potensielle betydningen av relasjonell kontekstualisering for affektintegrasjonsprosessen diskuteres videre under drøftingen av forholdet mellom endringsprosess og utvikling i affektbevissthet.

4.1.3 Interaksjonen mellom pasient og terapeut

Som følge av at ABTs grunnleggende prinsipp for terapeutisk arbeid er at intervensjoner skal tilpasses pasientens representasjonsnivå, står interaksjonen mellom pasient og terapeut sentralt i vurderingen av hvorvidt arbeidet samsvarer med teoriutledete

forventninger. Dette er adressert i forskningsspørsmål 1d. Resultatene fra mikrosekvensanalysene indikerte at pasient og terapeut som oftest fulgte hverandres fokus og at de lot seg påvirke av motpartens fokusnivå i sin umiddelbare respons. På et overordnet nivå er derfor strukturen i dialogen i samsvar med teoriutledete forventninger om endringsbefordrende terapeutisk arbeid. Slik sekvensanalysene er brukt her, muliggjør de ikke tydelige konklusjoner om hvordan de to påvirker hverandre, da dette ville kreve ytterligere statistiske analyser. Sekvensanalysene kan imidlertid brukes til å beskrive trender i interaksjonsmønstre.

T-P og P1-T-P2-sekvensene tyder på at pasientens vanligste respons var å følge terapeutens intervensjonsfokus. Dette er i overensstemmelse med en forventning om at terapeuten kan ha en innvirkning på pasientens oppmerksomhetsfokus. Denne observasjonen samsvarer også med resultater rapportert i tidligere studier som har vist at terapeutens intervensjoner kan påvirke pasientens utforskningsprosess eller affektive prosess (definert som erfaringsdybde) i terapi (Gordon & Toukmanian, 2002; Sachse, 1992; Sachse & Elliott, 2002).

P-T og T1-P-T2-sekvensene tyder på at terapeuten tilpasset seg den andres fokusnivå i enda større grad enn pasienten gjorde. Det indikerer at terapeuten i utstrakt grad fulgte ABTs grunnregel om å tilpasse seg pasientens affektrepresentasjon. Dette interaksjonsmønsteret er i tråd med Ulvenes og medarbeideres (2014) konklusjoner vedrørende viktigheten av at terapeuten tilpasser intervensjoner til pasientens behov. De beskrevne interaksjonsmønstrene muliggjør en drøfting av hvordan terapeuten kan ha bidratt til å sette i gang de prosessene som antas å føre til endring i ABT. Dette diskuteres videre i forbindelse med forholdet mellom endringsprosess og grad av affektbevissthet.

4.2 Grad av affektbevissthet

Kjennskap til endringer i en postulert endringsmekanisme vil gi et bedre grunnlag for å diskutere hvorvidt endringsprosessen kan ha fremmet endring. I ABT antas det at en endringsprosess som samsvarer med teoriens prinsipper for terapeutisk arbeid vil føre til en økning i affektbevissthet. Som beskrevet over og illustrert i dialogutdrag, vitner økningen i overskridelse om at det foreligger betydelig endring. Innholdet i overskridelsen viser at endringen primært tok form av endrete representasjoner av selv og andre, endret toleranse for affekt og endret begrepsmessig ekspressivitet. Overskridelsen indikerer således *at* det har

forekommet endring i løpet av prosessen. Utviklingen i AB-skårer viser kvaliteten til og størrelsen på denne endringen.

AB-skårene for affekten frykt viste en utvikling i samtlige affektintegrerende aspekter i løpet av forløpet. Når affektenes signalfunksjon bryter sammen og affekt mangler meningsverdi for individet, antas dette å utgjøre kjernen i disorganisert opplevelse/forvirring (Solbakken et al., 2011b). Den begrensede kapasiteten til affektintegrasjon kan antas å ha betydning for Erles initiale opplevelse av uklare grenser mellom egne og andres opplevelser (Mohaupt et al., 2006).

Med utgangspunkt i en teori- og empiriutledet antakelse om affekters spesifikke fenomenologi og signalfunksjon, vil konstellasjonen av fremtredende affektkategorier antas å bære i seg informasjon om individets spesifikke utforming av psykologiske vansker (Monsen & Solbakken, 2013). I den aktuelle terapiprosessen fremstod integrasjonen av frykt som nært forbundet med integrasjonen av skyld og sinne. Initialt ga Erle uttrykk for at frykten var overveldende. Hun var særlig redd for egen og andres sykdom og død, og kjennskap til andres sykdom kunne gi opphav til smerteopplevelser og sykdomstanker hos henne selv. I terapiallogen fokuserte hun mye på kroppslige plager og sykdomsforestillinger. Parallelt med at frykten ble mindre overveldende, fokuserte hun stadig mer på en opplevelse av relasjonelle vansker. Det ble etter hvert tydelig for henne at hun strevde med en automatisert og tyngende skyldberedskap. Den samtidige forekomsten av frykt og skyld åpner for en drøfting av hvordan de to kan være forbundet.

Frykt kan særlig motivere til flukt fra, og beskyttelse mot, opplevde trusler av både fysisk og psykologisk art (Solbakken, 2013). Skyldfølelse kan sies å ha en motsatt orientering ved at den representerer lojalitet og særlig kan motivere for å reparere en situasjon eller relasjon (e.g. lojalitetsbrudd). Med utgangspunkt i utviklingspsykologiske studier, hevder Izard (1991) at skyldfølelsens signalverdi ofte omfatter en trussel mot en tilknytningsrelasjon, og at opplevelsen av skyld motiverer til å reparere eller gjøre opp for en skade individet selv opplever å være ansvarlig for. En innfallsvinkel til å forstå konstellasjonen av frykt og skyld slik den forelå hos Erle er å se den i lys av hennes lengevarende frykt for å miste moren sin. Relasjonen til moren representerte en livsviktig tilknytningsrelasjon og en sterk lojalitet som inngikk i hennes relasjonsbevarende bestrebelser. Frykt motiverer til å fjerne seg fra kilden til frykten, men det faktum at det er selve tilknytningsrelasjonen som er i fare medfører at ulike behov trekkes inn i konflikt.

Erles dannelse av klarere begreper om egne opplevelser så ut til å gå forut for at hun gradvis trakk tydeligere grenser mellom seg selv og andre. Tidlig i forløpet fremstod

skyldfølelsen som implisitt og sammenfiltret med frykten. Erle var konstant redd for tapsopplevelser, enten det gjaldt henne selv eller andre. Opplevelsen hennes av å stadig ”ta på seg” andres ansvar og sykdom kan forstås som et uttrykk for den implisitte skyldfølelsen og den uklare opplevelsen av grenser mellom selv og andre. I løpet av forløpet utviklet hun gradvis en tydeligere opplevelse av følelsene frykt, skyld og sinne som sosialt meningsfulle. Samtidig opplevde hun en tydelig konflikt rundt behovet for å avgrense seg, før hun arbeidet aktivt med å overskride denne skyldberedskapen. Mens hun ved start befant seg i en posisjon der hun i hovedsak forstod frykten i relasjon til egen kropp og fremstod drevet av skyldfølelse, tok hun ved avslutning selv initiativ til å gi følelsene mening i en relasjonell kontekst. Mens Erle ved start opplevde en uddifferensiert og uforståelig irritasjon, viste hun i løpet av forløpet likeledes en tendens til å bruke sinne til å avgrense seg på hensiktsmessige måter. Hun rettet det da mot relevante andre, noe som styrket henne i avgrensningen.

Samlet kan dette sees som meningsfulle utviklingsbevegelser der P i mindre grad undertrykker seg selv og sine affektoplevelser, og der hun arbeider aktivt med å uttrykke seg tydelig og mindre forstilt i møte med andre mennesker. Integrasjonen av skyldfølelsen og den resulterende opplevelsen av retten til å avgrense seg så ut til å være en sentral motiverende kraft i denne utviklingsprosessen.

4.3 Forholdet mellom prosess, mekanisme og utfall

I det følgende vil jeg diskutere mulige måter å forstå hvordan og hvorfor det terapeutiske arbeidet kan ha befordret økt grad av affektbevissthet og hvordan endret affektbevissthet kan belyse endringer i utfallsmål. Datagrunnlaget og metodevalget i denne studien gjør det ikke mulig å si noe sikkert om årsak eller retning på påvirkningen i forholdet mellom de ulike variablene. Likevel er det, med utgangspunkt i de foreliggende resultatene, mulig å resonnerer rundt forholdet mellom prosess, mekanisme og utfall.

4.3.1 Mulige prosesslæringsaspekter ved det terapeutiske arbeidet

ABT antar at endring forekommer gjennom repetisjon og automatisering av mer adaptive implisitte og eksplisitte måter å håndtere aktivert affekt på (Solbakken et al., 2011b). Denne læringen forventes å fremmes gjennom at terapeutens kontinuerlige og gjentatte fokusering på affektive opplevelser internaliseres av pasienten (Monsen & Monsen, 1999). I det aktuelle forløpet arbeidet de to i tråd med ABT fra time 2 til 63, før det kunne sees en økende forekomst av overskridelse og en økning i affektbevissthet for følelsene frykt, skyld

og sinne. Denne observasjonen åpner for at endring i affektbevissthet kan ha forekommet gjennom prosesslæring. I det følgende drøftes mulige innfallsvinkler til å forstå en slik potensiell sammenheng.

Å gi følelsene signalverdi

En sentral del av Erles affektintegrasjonsprosess så ut til å innebære oversettelse av implisitte signaler og begrepsdannelse for disse. Det kunne sees en bevegelse fra uklare opplevelser som kunne være representert i en somatisk representasjonsform til at disse gradvis fikk form av personlig relevante følelser. Gjennom forløpet viste terapeuten en tendens til å fokusere på differensiert affekt i større grad enn henne. Dette kan indikere at terapeuten, slik Stolorow, Brandchaft og Atwood (1987) postulerer, fasiliterte Erles forsøk på å begrepsfeste opplevelser som i utgangspunktet befant seg på prerefleksive bevissthetsnivåer. Etableringen av slike mentale representasjoner av affektopplevelser antas å bidra til at affekten kan gjenkjennes og oppleves som relasjonelt meningsfull, og dette kan forstås som grunnlaget for bedre affektregulering og impuls kontroll (Fonagy, Gergely, & Jurist, 2004; Solbakken et al., 2011b).

Økningen i toleranse for affekt viste seg både i endret virkning, håndtering og signalfunksjon. Mens Erle ved start ga uttrykk for at hun opplevde ubehagelige følelser som skremmende og overveldende, beskrev hun ved avslutning en opplevelse av økt kontroll og en tro på egen kapasitet til å håndtere følelser. Økningen i affekttoleranse kunne se ut til å være forbundet med den store andelen arbeid på kontekstualiseringsnivå. Etter at det fra time 2 til 63 ble arbeidet mye på nivåene for kontekstualisering, tydeliggjøring av affekt og affektbevissthet, så det ut til at Erle, fra time 71 til 88, i større grad opplevde frykten for sykdom og død som meningsfull og håndterbar. I disse timene ga hun uttrykk for at hun forstod sin egen tendens til å bli redd for dødelig sykdom, samtidig som hun lette etter følelsens signalfunksjon i den aktuelle konteksten.

Når Erle flyttet oppmerksomhetsfokuset sitt fra egen kropp til relasjonelle sammenhenger i forsøket på å forstå egne opplevelser, innebar dette altså at følelsene fikk signalfunksjon. Denne utviklingen viste seg i overskridelse på kontekstualiserings- og affektbevissthetsnivå. Overskridelsen viste at hun selv kunne sette egne affektopplevelser inn i en relasjonell og meningsbærende sammenheng. Økninger i affekttoleranse vitnet om at hun opplevde at følelsene hadde informasjonsverdi, både som et signal om noe i henne selv og som bærer av informasjon om omverdenen og menneskene i livet hennes. Overskridelsen og endringen i affektbevissthet indikerer at både frykt, skyld og sinne har fått en signalverdi og

et meningsinnhold som kan anvendes til hensiktsmessig tilpasning både intra- og interpersonlig. Det kan antas at terapeutens gjentatte fokusering av oppmerksomheten fra kroppslige opplevelser til relasjonelle kontekster der følelsene hadde en funksjon kan ha bidratt til at Erle selv endret oppmerksomhetsfokus og nyanserte egne begreper om hva som foregikk i henne.

Parallelt med at Erle opplevde frykt, skyld og sinne som meningsfulle reaksjoner, beskrev hun en endret oppfatning av seg selv og moren sin. Tydeliggjøringen av egne opplevelser så også ut til å medføre at hun opplevde et tydeligere skille mellom sin egen og andres opplevelse. Denne utviklingen samsvarer med ABTs antakelser om at det endringsbefordrende potensialet i terapiprosessen blant annet er et resultat av en interaksjon mellom arbeid på lavere nivåer av affektintegrasjon og kontekstualiseringsarbeid (Monsen & Solbakken, 2013). Tydeliggjøring av følelser og en økende evne til å la dem virke på seg forventes å kaste lys over pasientens representasjoner av seg selv og betydningsfulle andre, og slik bidra til å nyansere dem. Samtidig antas tydeliggjøring og nyansering av disse representasjonene å kunne virke validerende på pasientens affektoplevelser, noe som igjen kan fasilitere affektintegrasjonsprosessen.

I et affektintegrasjonsperspektiv forstås ikke følelser som godt integrert før de kan oppleves uten at sluttproduktet i scriptet trekkes automatisk med (Monsen & Solbakken, 2013). Dette kan ikke sies å ha vært tilfelle i det aktuelle terapiforløpet. Ved avslutning plages Erle fortsatt av en automatisert kobling mellom frykt og forestillinger om sykdom og død. Det kan hende at terapeutens fokus på å kontekstualisere maladaptive script har gått på bekostning av arbeid med affektintegrasjon på lavere nivåer i hierarkiet. Et større fokus på utforskning av konkrete hendelser fra Erles dagligliv og følelsesmessig innhold i slike opplevelser kunne muligens ha fremmet ytterligere affektintegrasjon. Likevel gir det samlede datatilfanget grunnlag for å anta at affektintegrasjonsarbeidet kan ha bidratt til å gi mening til vanemessige reaksjonsmønstre som tidligere har vært skremmende og uforståelige for Erle.

Kvaliteter ved den terapeutiske relasjonen

Som beskrevet innledningsvis, vil de fleste psykoterapiforskere hevde at interaksjonsmønstre og terapeutiske teknikker ikke kan forstås løsrevet fra den spesifikke konteksten som relasjonen mellom pasient og terapeut utgjør (Froján Parga, 2011; Ruiz-Sancho et al., 2013). I ABT anses utviklingen av en positiv terapeutisk relasjon som en nødvendig, men ikke tilstrekkelig, betingelse for å befordre terapeutisk endring. Monsen og

Monsen (1999) beskriver hvordan det kontinuerlige arbeidet med å opprettholde en god arbeidsallianse innehar et prosesslæringspotensiale.

Dialogen i de ti utvalgte timene vitnet om en terapeutisk relasjon preget av tillit og åpenhet for opplevelse, refleksjon og affekt. Monsen og Monsen (1990) antar at en slik relasjon i seg selv utfordrer maladaptive script. Den beskrevne utviklingen i Erles holdning til å skulle uttrykke seg i terapirelasjonen samsvarer med en slik antakelse. Det kunne sees en tydelig utvikling fra at Erle opplevde terapeutens fokusering på hennes opplevelser som angstprovoserende til at hun selv initierte og opprettholdt et slikt fokus. Som illustrert i dialogutdrag, så scriptoverskridelse på ekspressivitetsnivå ut til å vise seg i den terapeutiske relasjonen før den ble generalisert til andre relasjoner. Således kan den terapeutiske relasjonen antas å ha vært viktig for Erles affektintegrasjonsprosess.

4.3.2 Hvordan forstå endringene i utfallsmål?

I de presenterte resultatene fremkom en parallell utvikling i affektbevissthet og utfallsmål. Ved oppfølging etter to år var utfallsmålene uendret, noe som sannsynliggjør at endringen var stabil. Her følger en kort drøfting av mulige innfallsvinkler til å forstå hvordan økt kapasitet til affektintegrasjon kan ha sammenheng med stabile endringer i opplevd symptombelastning og interpersonlige vansker. Først må det påpekes at det aktuelle forløpet ble valgt på bakgrunn av en klinisk signifikant endring. Studier av terapiforløp der endringen er negativ eller fraværende kan gi andre implikasjoner, for eksempel ved arbeid som samsvarer med modellen uten endring i AB eller omvendt (Busch et al., 2009).

Som beskrevet innledningsvis, er begrenset affektbevissthet forbundet med blant annet symptombelastning, relasjonelle vansker og generell fungering. Teoretisk forstås denne sammenhengen som et uttrykk for at dårlig integrerte følelser innebærer at individet har redusert tilgang til informasjon om sin egen og andres tilstand (Monsen, 1997). En redusert opplevelsesmessig tilgang på affekter og deres motivasjons- og informasjonsverdi antas å vise seg i at fornemmelsen av et ”jeg”, selvopplevelsen, blir uklar (Monsen, 1990). I et slikt perspektiv kan symptomer forstås som manifestasjoner av uklare begreper eller manglende evne til å differensiere mellom ulike opplevelsesmodaliteter (Monsen, 1990).

I et affektintegrasjonsperspektiv forventes derfor økt grad av AB å fremme endringer i utfallsmål gjennom at individet utvikler en tydeligere opplevelse av både seg selv og andre. Generelt kan individets evne til å oppleve sine egne følelser tenkes å ha avgjørende innvirkning på hennes fungering ved at følelsene blir en forbindelse mellom kognitive

strukturer og erfaringsmessig interaksjon med den interpersonlige og sosiale virkeligheten (Monsen, 1997). Et eksempel som kan illustrere dette perspektivet anvendt på den aktuelle terapien er utviklingen i affektbevissthet for frykt. Ved start fremstod Erle relativt fastlåst i sin forståelse av udifferensiert angst som sykdomstegn. Ved avslutning hadde hun utviklet økt toleranse for frykten, noe som viste seg i at hun lot den virke på seg, hvorpå hun tillot den signalfunksjon i en relasjonell kontekst. Dette kan tyde på at økt differensiering og åpenhet i møte med affekt bidro til den observerte reduksjonen i opplevd symptombelastning.

Som beskrevet i det foregående, viste Erle også utvikling i form av tydeligere selvavgrensning. Lav grad av affektdifferensiering, oppmerksomhet og toleranse antas som sagt å innebære at individet opplever både seg selv og andre utydelig. Dette forventes å medføre at vedkommende fremstår utydelig i møte med andre. En økning i AB antas å føre til bedre kontakt med andre og tydeligere opplevelse av mellommenneskelige konflikter. At Erle rapporterte om betydelig bedret interpersonlig fungering både ved avslutning og oppfølging er derfor i tråd med teoretiske forventninger om at relasjonell fungering vil variere med grad av affektbevissthet. Ved avslutning uttrykte Erle forståelse for andres opplevelser uten at dette medførte at hun mistet av syne sin egen opplevelse. Hun arbeidet også aktivt med å sette grenser i møte med mor og søster samtidig som hun uttrykte tydelig at hun fortsatt var glad i dem. Dette vitner om en sunn selvavgrensningsprosess der Erle fremsto autonom og selvhevdende uten at dette innebar at hun trakk seg tilbake fra relasjonell involvering eller opplevde egen selvhevdelse som en trussel mot relasjonen (Monsen et al., 1995).

Solbakken et al. (2012) fant at grad av affektbevissthet ved terapistart predikerte endring i interpersonlige vansker i større grad enn det predikerte endring i symptombelastning og personlighetsproblematikk. De foreslår at en mulig forklaring på dette kan være at et langvarig terapeutisk fokus på affektopplevelse og –uttrykk kan være spesielt hjelpsomt for pasienter som ved terapistart har vansker med å representere seg selv og sine affektopplevelser i relasjon. Med utgangspunkt i de foreliggende resultatene, kan en slik innfallsvinkel forstås som relevant for å belyse Erles utvikling.

Som nevnt innledningsvis, finnes begrenset empiri som undersøker faktorer som bidrar til gode langtidseffekter av psykoterapi. Det foreligger imidlertid studier som indikerer gode langtidseffekter innenfor både kognitiv atferdsterapi, psykodynamisk terapi og humanistisk tradisjon (Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006; Elliott et al., 2013; Town et al., 2012). I ABT anses ikke endringer i AB nødvendigvis som samsvarende med strukturell endring. Endringer på scriptnivå antas å forutsette en økt bevissthet hos pasienten omkring egen delaktighet i vanemessige og dysfunksjonelle måter å organisere egne opplevelser på.

En slik bevissthet forventes å forebygge ny stagnasjon i utvikling eller symptombelastning (Monsen & Solbakken, 2013). I studier som adresserer hvilke prosesser og mekanismer som kan være forbundet med positiv langtidseffekt, er innsikt en faktor som forekommer ofte (Ekroll, 2015; Johansson et al., 2010).

Erles kapasitet til affektintegrasjon ved avslutning vitnet om en betydelig endret evne til å reflektere over egne affektopplevelser. Flere teoretikere fremhever betydningen av innsikt i emosjonell prosessering (Greenberg & Malcolm, 2002) og affektiv aktivering (Pennebaker & Seagal, 1999) for terapeutisk endring. Missirlan, Toukmanian, Warwar og Greenberg (2005) fant at emosjonell prosessering og refleksjon omkring sentrale emosjoner skilte mellom godt og dårlig utfall. På et mer generelt plan viser empiriske studier at nivå av selvforståelse kan omtales som en felles endringsmekanisme på tvers av kognitiv atferdsterapi og psykodynamisk terapi (Connolly Gibbons, Crits-Christoph, Barber, & Schamberger, 2007). Erles nye forståelse av frykten som et meningsfullt signal i en relasjonell kontekst så ut til å ha gitt henne et alternativ til å forstå den i lys av egen kropp og sykdom. Ved avslutning utviste hun en observerende distanse til egen organiserende aktivitet og en styrket opplevelse av kontroll. Hun beskrev en opplevelse av at hun ikke lenger var i sine følelsers vold, men derimot opplevde å kunne observere, håndtere og gi dem mening.

4.4 Begrensninger og implikasjoner for videre forskning

Det foreligger en rekke begrensninger ved denne studien. Det er ikke gitt at de ti utvalgte timene er representative for terapiforløpet som helhet. Da resultatene er basert på én enkelt terapidyade kan resultatene være idiosynkratiske for det enkelte tilfellet. Det foreligger omfattende kunnskap om betydningen av terapeut- og pasientfaktorer for terapiprosess og utfall (Blatt, Zuroff, Hawley, & Auerbach, 2010; Crits-Christoff et al., 2013; Clarkin & Levy, 2004). Det er sannsynlig at det endringsbefordrende potensialet til terapeutisk arbeid vil avhenge av slike faktorer. Videre forskning kan inkludere potensielle modererende faktorer i designet for å kontrollere for slike tredjevariabler.

Kasusstudier åpner for inngående utforskning av den terapeutiske prosessen i enkeltforløp, men er begrenset med hensyn til ytre validitet. Mer definitive konklusjoner vil forutsette replikasjon (Busch et al., 2009; Hilliard, 1993). Videre muliggjør ikke denne studien avdekking av hvorvidt endringer i endringsmekanismen kom forut for endring i utfallsmål. Da det er en forutsetning for å kunne understøtte en sammenheng mellom de to variablene (Kazdin & Nock, 2003), kan fremtidige studier med fordel utforme design og

analysemetoder for å imøtekomme dette behovet. På tross av at forholdet mellom endringsprosess og –mekanisme kan forklares av en rekke potensielle endringsmekanismer er kun én potensiell mekanisme kartlagt her. I videre studier bør det helst inkluderes mål på minst to mediatorer.

Det hefter også begrensninger ved de anvendte forskningsverktøyene og ved valget av metodisk tilnærming. Både inndelingen av dialogen i observasjonsenheter og transkriberingsprosessen er tvetydige prosesser, og kan således være lite reliable (Connor et al., 2009). Denne utfordringen er spesielt knyttet til ARIF-systemet, da det ennå ikke er testet grundig for reliabilitet eller validitet. Derfor må resultatene fra den aktuelle studien tolkes med varsomhet, og reliabilitetstesting bør prioriteres i videre forskning. De samme begrensningene gjelder bruken av ABS til skåring av affektbevissthet. ABS er vist å være reliabelt og valid som anvendt til skåring av affektbevissthetsintervjuer, men er ikke tidligere anvendt til skåring av terapialogier. Denne studien har også illustrert at skåring av affektbevissthet for kun én affekt har begrensninger. Affektorganisering består av individets unike koblinger mellom en rekke affektive bevegelser. Ved videre bruk av ABS som mål på endringsmekanisme vil det derfor være hensiktsmessig å inkludere mål på individets totale affektorganisering, eventuelt ved script, og følge den temporale utviklingen i denne. Fremtidig forskning vil også kunne styrkes ved å inkludere mål på AB ved follow-up.

Valget av illustrerende dialogutdrag er basert på forfatterens vurdering av deres egnethet til å illustrere sentrale aspekter ved det terapeutiske arbeidet og den observerte endringen. Utvelgelsen av dialogutdrag kan således være påvirket av det Edwards (1996) kaller «narrative smoothing». Det understrekes derfor at studien bør forstås som én mulig fremstilling av et terapiforløp. Anvendelsen av konsensuskoding og –skåring kan også ha vært en kilde til skjevhet i vurderinger av både endringsprosess og –mekanisme. Kodernes interesse for affektintegrasjonsteori kan ha medført et bias henimot å vurdere det terapeutiske arbeidet som virksomt. En bakside ved å la seg lede av teori i empiriske utforskninger av terapiforløp er at teorien potensielt kan snevre inn ens oppmerksomhet og åpne for å ”finne” noe som andre ikke ville funnet (Hill et al., 2008). Et annet forskningsteam kunne kommet frem til noe avvikende konklusjoner hva gjelder både endringsprosess, endringsmekanisme og forholdet mellom dem. Samarbeid på tvers av forskningsgrupper vil derfor være viktig i videre forskning.

Studiet av terapialogier på mikronivå gir opphav til fenomennære beskrivelser. Dette åpner for å fremskaffe kunnskap som kan være direkte anvendbar i klinikken (Busch et al., 2009). Som beskrevet innledningsvis, kan det imidlertid rettes innvendinger mot bruken av

mikrosekvensanalyser som utgangspunkt for å beskrive endringsprosesser. Analyser av korte interaksjonssekvenser lar seg vanskelig forene med kompleksiteten i klinisk kommunikasjon, der en enkelt ytring kan inneholde flere typer informasjon samtidig, og der påvirkningsprosesser strekker seg over lengre tid (Connor et al., 2009; Elliott, 2010; Stiles, Honos-Webb, & Surko, 1998).

En kombinasjon av kassustudier og systematisk utforskning av større utvalg vil berike videre utforskning av affektintegrasjonsprosesser i psykoterapi. Eksplorerende tilnærminger kan suppleres med hypotesetestende studier som tester sammenhengen mellom endringsprosess, -mekanisme og utfall for statistisk signifikans (Doss, 2004). Videre forskning kan også gi mer generaliserbare og informative konklusjoner ved å bruke et mikrosekvensielt prosessdesign til å undersøke om spesifikk terapeutatferd predikerer spesifikk pasientatferd (e.g. Moyers, Miller, & Hendrickson, 2005). Det er også mulig å undersøke om grad av affektbevissthet kan predikere endringer i utfall. For øvrig er en grundig komplett mikroanalytisk studie av samtlige terapitimer i et 30-timers forløp under bearbeidelse (Monsen, personlig kommunikasjon, juni 2014).

4.5 Konklusjon

I denne studien er dialogen i ti utvalgte timer fra en terapiprosess med godt utfall beskrevet på mikronivå. Studien representerer et innledende forsøk på beskrive utvikling i, og sammenhenger mellom, endringsprosess, endringsmekanisme og utfall innenfor det spesifikke teoretiske perspektivet affektbevissthetsmodellen representerer. Studiens formål har vært å beskrive *både* de prosessene som antas å befordre endring *og* den temporale utviklingen i disse endringene. Således representerer studien et forsøk på å bevege seg fra analyser av endring på et generelt nivå mot analyser av hvordan og hvorfor endring kan oppstå på i en terapeutisk dialog.

Endringsprosessen var kjennetegnet av arbeid på alle ARIF-nivåer og en økning i andel tid med fokus på høyere nivåer av affektintegrasjon. Det kunne observeres et tydelig fokus på affekt og nære relasjoner, og pasienten fokuserte stadig mer på differensiert affekt utover i forløpet. Sekvensanalyser av interaksjonsmønstre mellom terapeut og pasient indikerte at de to fulgte hverandre tett. Dette kan tilsi at pasienten lot seg påvirke av terapeutens fokus og at terapeuten tilpasset seg pasientens representasjonsevne. Det sees en utvikling i grad av affektbevissthet for terapiprosessens tre mest sentrale affekter. Utviklingen i affektbevissthetsskårer for affekten frykt var relativt parallell med utviklingen i utfallsmål.

I hovedsak samsvarer resultatene med teoriutledete forventinger om at terapeutisk arbeid med et vedvarende fokus på affekt og deres meningsinnhold kan antas å fremme endringer i affektbevissthet og utfallsmål. Studiens design og metodebruk muliggjør ikke kausale slutninger om forholdet mellom prosess, -mekanisme og utfall. Dette er den første studien som inkluderer affektbevissthetsskalene til å beskrive endring, og det har vært naturlig å innta en åpen og eksplorerende tilnærming. Den observerte utviklingen er imidlertid benyttet som grunnlag for å diskutere mulige sammenhenger mellom endringsprosess, grad av affektbevissthet og utfall.

På tross av metodiske svakheter, har studien resultert i en fylldig og detaljert beskrivelse av affektintegrasjonsprosesser i et vellykket terapiforløp. Beskrivelsen er fenomennær og illustrert med klinisk materiale, noe som gjør den direkte relevant for både forskere og klinikere. Resultater og erfaringer fra denne studien tilsier at forskningsverktøyene ARIF og ABS kan gi et godt utgangspunkt for detaljert analyse av hvordan og hvorfor endring forekommer i ABT. En forutsetning for å trekke mer definitive konklusjoner er at det gjennomføres videre studier som varierer hva angår både forskningsverktøy, metode, design, deltakere og forskere.

Litteraturliste

- American Psychological Association (2006). Presidential Task Force on Evidence-Based Practice: Evidence-based practice in psychology. *American psychologist*, 61, 271-285. Doi: 10.1037/0003-066X.61.4.271
- Bakeman, R., & Gottman, J. M. (1997). *Observing interaction: An introduction to sequential analysis* (2 utg.). New York: Cambridge University Press.
- Baker, R., Owens, M., Thomas, S., Whittlesea, A., Abbey, G., Gower, P., . . . Thomas, P. W. (2012). Does CBT facilitate emotional processing? *Behav Cogn Psychother*, 40(1), 19-37. Doi: 10.1017/s1352465810000895
- Beebe, B., & Lachmann, F. M. (1998). Co-constructing inner and relational processes: Self- and mutual regulation in infant research and adult treatment. *Psychoanalytic Psychology*, 15(4), 480-516. Doi: 10.1037/0736-9735.15.4.480
- Berking, M., & Wupperman, P. (2012). Emotion regulation and mental health: recent findings, current challenges, and future directions. *Curr Opin Psychiatry*, 25(2), 128-134. Doi: 10.1097/YCO.0b013e3283503669
- Binder, P. E., Hjeltnes, A., & Schanche, E. (2013). Emosjonene inntar psykoterapifeltet. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 50(8), 738-739.
- Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Hawley, L. L., & Auerbach, J. S. (2010). Predictors of sustained therapeutic change. *Psychother Res*, 20(1), 37-54. Doi: 10.1080/10503300903121080
- Busch, A. M., Kanter, J. W., Callaghan, G. M., Baruch, D. E., Weeks, C. E., & Berlin, K. S. (2009). A micro-process analysis of Functional Analytic Psychotherapy's mechanism of change. *Behav Ther*, 40(3), 280-290. Doi: 10.1016/j.beth.2008.07.003
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clin Psychol Rev*, 26(1), 17-31. Doi: 10.1016/j.cpr.2005.07.003
- Calero-Elvira, A., Frojan-Parga, M. X., Ruiz-Sancho, E. M., & Alpanes-Freitag, M. (2013). Descriptive study of the Socratic method: evidence for verbal shaping. *Behav Ther*, 44(4), 625-638. Doi: 10.1016/j.beth.2013.08.001
- Castonguay, L. G. , & Beutler, L. E. (2006). Principles of therapeutic change: A task force on participants, relationships, and technique factors. *Journal of clinical psychology*, 62(6), 631-638. Doi: 10.1002/jclp.20256

- Cherkasskaya, E., & Wachtel, P. L. . (2013). Integrativ psykoterapi: Historie og nåværende status. I K. Benum, E. D. Axelsen & E. Hartmann (Red.), *God Psykoterapi: Et Integrativt Perspektiv* (s. 50-81). Oslo: Pax.
- Choi-Kain, L. W., & Gunderson, J. G. (2008). Mentalization: ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 165(9), 1127-1135. Doi: 10.1176/appi.ajp.2008.07081360
- Christs-Christoff, P., Gibbons, M. B. C. , & Mukherjee, D. . (2013). Psychotherapy process-outcome research. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (s. 298-340): John Wiley & Sons.
- Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2004). The influence of client variables on psychotherapy. I M. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's handbook on psychotherapy and behavior change* (s. 194-226). New York: Wiley.
- Connolly Gibbons, M. B., Crits-Christoph, P., Barber, J. P., & Schamberger, M. (2007). Insight in Psychotherapy: a review of empirical literature. I L. G. Castonguay & C. E. Hill (Red.), *Insight in psychotherapy* (s. 143-165). Washington, DC: American Psychological Association.
- Connor, M., Fletcher, I., & Salmon, P. (2009). The analysis of verbal interaction sequences in dyadic clinical communication: a review of methods. *Patient Educ Couns*, 75(2), 169-177. Doi: 10.1016/j.pec.2008.10.006
- Coombs, M. M., Coleman, D., & Jones, E. E. (2002). Working with feelings: The importance of emotion in both cognitive-behavioral and interpersonal therapy in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(3), 233-244. Doi: 10.1037/0033-3204.39.3.233
- Creswell, J. W. (2003). A framework for design. I J.W.Creswell (Red.), *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (s. 3-23). London: Sage.
- Darwin, C. (2002/1872). *The expression of the emotions in man and animals*. New York: Oxford University Press.
- Davison, G. C. (1998). Being bolder with the Boulder model: The challenge of education and training in empirically supported treatments. *J Consult Clin Psychol*, 66(1), 163-167. Doi: 10.1037/0022-006X.66.1.163
- Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R Symptom Checklist-90-R: administration, scoring, and procedures manual* (3. Utg.). Minneapolis: NCS Pearson.

- Derogatis, L. R., & Savitz, K. L. (2000). The SCL-90-R and Brief Symptom Inventory (BSI) in primary care. I *Handbook of psychological assessment in primary care settings* (s. 297-334). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Diener, M. J., Hilsenroth, M. J., & Weinberger, J. (2007). Therapist affect focus and patient outcomes in psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 164(6), 936-941. Doi: 10.1176/appi.ajp.164.6.936
- Doss, B. D. (2004). Changing the way we study change in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(4), 368-386. Doi: 10.1093/clipsy.bph094
- Edwards, D. J. A. (1996). Case study research: The cornerstone of theory and practice. I M. A. Reinecke, F. M. Dattilio, & A. Freeman (Red.), *Cognitive therapy with children and adolescents: A casebook for clinical practice* (s. 10-37). New York: Guilford Press.
- Edwards, D. J. A., Dattilio, F. M., & Bromley, D. B. (2004). Developing evidence-based practice: the role of case-based research. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(6), 589-597. Doi: 10.1037/0735-7028.35.6.589
- Ekroll, B. V. (2015). Langtidseffekter av psykoterapi. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 52(4), 334-447.
- Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research: realizing the promise. *Psychother Res*, 20(2), 123-135. Doi: 10.1080/10503300903470743
- Elliott, R. (2012). Qualitative methods for studying psychotherapy change processes. I D. Harper & A. R. Thompson (Red.), *Qualitative research methods in mental health and psychotherapy: A guide for students and practitioners* (s. 69-81). Chichester: John Wiley & Sons.
- Elliott, R., Greenberg, L. S., Watson, J., Timulak, L., & Freire, E. (2013). Research on humanistic-experiential psychotherapies. *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (s. 495-538). New York: Wiley.
- Emde, R. N. (1983). The prerepresentational self and its affective core. *Psychoanal Study Child*, 38, 165-192.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16(5), 319-324. Doi: 10.1037/h0063633
- Fonagy, P., & Bateman, A. (2007). Mentalizing and borderline personality disorder. *Journal of mental health*, 16(1), 83-101. Doi:10.1080/09638230601182045
- Fonagy, P., Gergely, G., & Jurist, E. L. (2004). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. London: Karnac books.

- Fosha, D. (2000). *The transforming power of affect: A model of accelerated change*. New York: Basic Books.
- Froján Parga, M. (2011). ¿Por qué Funcionan los Tratamientos Psicológicos? [Why do psychological treatments work?]. *Clínica y Salud*, 22, 201-204.
- Gordon, K. M., & Toukmanian, S. G. (2002). Is how it is said important? The association between quality of therapist interventions and client processing. *Counselling and Psychotherapy Research*, 2(2), 88-98. Doi: 10.1080/14733140212331384867
- Gottman, J., Markman, H., & Notarius, C. (1977). The topography of marital conflict: A sequential analysis of verbal and nonverbal behavior. *Journal of Marriage and Family*, 39(3), 461-477. Doi: 10.2307/350902
- Greenberg, L. S. (1986). Change process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(1), 4-9. Doi: 10.1037/0022-006X.54.1.4
- Greenberg, L. S. (2004). Emotion-focused therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(1), 3-16. Doi: 10.1002/cpp.388
- Greenberg, L. S., & Malcolm, W. (2002). Resolving unfinished business: relating process to outcome. *J Consult Clin Psychol*, 70(2), 406-416. Doi: 10.1037/0022-006X.70.2.406
- Greenberg, L. S., & Safran, J. D. (1989). Emotion in psychotherapy. *American Psychologist*, 44(1), 19-29. Doi: 10.1037/0003-066X.44.1.19
- Grencavage, L. M., & Norcross, J. C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology: Research and Practice*, 21(5), 372-378. Doi: 10.1037/0735-7028.21.5.372
- Gross, J. J., & Muñoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(2), 151-164. Doi: 10.1111/j.1468-2850.1995.tb00036.x
- Gude, T., Monsen, J. T., & Hoffart, A. (2001). Schemas, affect consciousness, and cluster C personality pathology: A prospective one-year follow-up study of patients in a schema-focused short-term treatment program. *Psychotherapy Research*, 11(1), 85-98. Doi: 10.1080/713663854
- Gullestad, S. (1992). Autonomi som evalueringskriterium. I S. Gullestad (Red.), *Å si fra: Autonomibegrepet i psykoanalysen* (s. 193-201). Oslo: Universitetsforlaget.
- Harwell, M. R. (2011). Research Design in Qualitative/Quantitative/Mixed Methods. I C. F. Conrad & R. C. Serlin (Red.), *The SAGE Handbook for Research in Education: Pursuing Ideas as the Keystone of Exemplary Inquiry*. (s. 147-165). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

- Havik, O.E., Monsen, J.T., Høglend, P., von der Lippe, A. L., Lyngstad, G., & Stiles, T. Et al. (1995). *The Norwegian Multisite Study on Process and Outcome of Psychotherapy (NMSPOP)*: Research protocol available from Odd E. Havik, Department of Clinical Psychology, University of Bergen.
- Hayes, A. M., Laurenceau, J. P., Feldman, G., Strauss, J. L., & Cardaciotto, L. (2007). Change is not always linear: the study of nonlinear and discontinuous patterns of change in psychotherapy. *Clin Psychol Rev*, 27(6), 715-723. Doi: 10.1016/j.cpr.2007.01.008
- Hill, C. E. (2008). Rejoinder: The what, when, and how of immediacy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(3), 324-328. Doi: 10.1037/a0013308
- Hill, C. E., Sim, W., Spangler, P., Stahl, J., Sullivan, C., & Teyber, E. (2008). Therapist immediacy in brief psychotherapy: Case study II. *Psychotherapy (Chic)*, 45(3), 298-315. Doi: 10.1037/a0013306
- Hilliard, R. B. (1993). Single-case methodology in psychotherapy process and outcome research. *J Consult Clin Psychol*, 61(3), 373-380. Doi: 10.1037/0022-006X.61.3.373
- Hilsenroth, M. J. (2015). Evidence-based case study. Hentet 15.03.2015, fra <http://www.apa.org/pubs/journals/pst/evidence-based-case-study.aspx>
- Hilsenroth, M. J., Ackerman, S. J., Blagys, M. D., Baity, M. R., & Mooney, M. A. (2003). Short-term psychodynamic psychotherapy for depression: An examination of statistical, clinically significant, and technique-specific change. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(6), 349-357. Doi: 10.1097/00005053-200306000-00001
- Holmqvist, R. (2008). Psychopathy and affect consciousness in young criminal offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 23(2), 209-224. Doi: 10.1177/0886260507309341
- Horowitz, L., Alden, L. E., Wiggins, J. S., & Pincus, A. L. (2000). *Inventory of Interpersonal Problems*. San Antoni, TX: Psychological Corporation.
- Izard, C. E. (2002). Translating emotion theory and research into preventive interventions. *Psychological bulletin*, 128(5), 796. Doi: 10.1037//0033-2909.128.5.796
- Izard, C. E. (2007). Basic emotions, natural kinds, emotion schemas, and a new paradigm. *Perspectives on psychological science*, 2(3), 260-280. Doi: 10.1111/j.1745-6916.2007.00044.x
- Izard, C. E. (1991). *The psychology of emotions*. New York: Plenum Press.
- James, W. (1884). What is an emotion? *Mind*, 9(34), 188-205. Doi: 10.1017/CBO9780511490514.008

- Johansson, P., Høglend, P., Ulberg, R., Amlo, S., Marble, A., Bogwald, K. P., . . . Heyerdahl, O. (2010). The mediating role of insight for long-term improvements in psychodynamic therapy. *J Consult Clin Psychol*, 78(3), 438-448. Doi: 10.1037/a0019245
- Johnson, R. B., & Onwuegbuzie, A. J. (2004). Mixed methods research: A research paradigm whose time has come. *Educational Researcher*, 33(7), 14-26. Doi: 10.3102/0013189x033007014
- Jones, E., Parke, L., & Pulos, S. (1992). How therapy is conducted in the private consulting room: A multidimensional description of brief psychodynamic treatments. *Psychotherapy Research*, 2(1), 16-30. Doi: 10.1080/10503309212331333568
- Karterud, S., & Monsen, J. T. (1997). *Selvpsykologi: Utviklingen etter Kohut*. Oslo: Gyldendal.
- Kazdin, A. E. (2001). Progression of therapy research and clinical application of treatment require better understanding of the change process. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(2), 143-151. Doi: 10.1093/clipsy.8.2.143
- Kazdin, A. E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychother Res*, 19(4-5), 418-428. Doi: 10.1080/10503300802448899
- Kazdin, A. E., & Nock, M. K. (2003). Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: methodological issues and research recommendations. *J Child Psychol Psychiatry*, 44(8), 1116-1129. Doi: 10.1111/1469-7610.00195
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. I Michael J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (s. 139-193). New York: Wiley.
- Lech, B., Andersson, G., & Holmqvist, R. (2008). Consciousness about own and others' affects: A study of the validity of a revised version of the affect consciousness interview. *Scand J Psychol*, 49(6), 515-521. Doi: 10.1111/j.1467-9450.2008.00666.x
- LeDoux, J. (1998). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. New York: Simon and Schuster.
- Levy Berg, A., Sandell, R., & Sandahl, C. (2009). Affect-focused body psychotherapy in patients with generalized anxiety disorder: Evaluation of an integrative method. *Journal of Psychotherapy Integration*, 19(1), 67-85. Doi: 10.1037/a0015324
- Mangold. (2015). INTERACT 14 User Guide: Mangold International GmbH (Ed.). Lastet ned fra www.mangold-international.com.

- McCullough, L., Winston, A., Farber, B. A., Porter, F., Pollack, J., Vingiano, W., . . . Trujillo, M. (1991). The relationship of patient-therapist interaction to outcome in brief psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 28(4), 525-533. Doi: 10.1037/0033-3204.28.4.525
- McCullough Vaillant, L. (1997). *Changing character: Short-term anxiety regulating psychotherapy for restructuring defenses, affects and attachment*. New York: Basic Books.
- McLeod, J. (2013). Increasing the rigor of case study evidence in therapy research. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 9(4), 382-402. Doi: 10.14713/pcsp.v9i4.1832
- McLeod, J., & Elliott, R.. (2011). Systematic case study research: A practice-oriented introduction to building an evidence base for counselling and psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 11(1), 1-10. Doi: 10.1080/14733145.2011.548954
- Mennin, D., & Farach, F. (2007). Emotion and evolving treatments for adult psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14(4), 329-352. Doi: 10.1111/j.1468-2850.2007.00094.x
- Missirlian, T. M., Toukmanian, S. G., Warwar, S. H., & Greenberg, L. S. (2005). Emotional arousal, client perceptual processing, and the working alliance in experiential psychotherapy for depression. *J Consult Clin Psychol*, 73(5), 861-871. Doi: 10.1037/0022-006x.73.5.861
- Mohaupt, H., Holgersen, H., Binder, P. E., & Nielsen, G. H. (2006). Affect consciousness or mentalization? A comparison of two concepts with regard to affect development and affect regulation. *Scand J Psychol*, 47(4), 237-244. Doi: 10.1111/j.1467-9450.2006.00513.x
- Monsen, J. T., Odland, T., Faugli, A., Daae, E., & Eilertsen, D. E. (1995). Personality Disorders: Changes and stability after intensive psychotherapy focusing on affect consciousness. *Psychotherapy Research*, 5(1), 33-48. Doi: 10.1080/10503309512331331126
- Monsen, J. T. (1990). *Vitalitet, psykiske fortyrrelser og psykoterapi: Utdrag fra klinisk psykologi*. Oslo: Tano Forlag.
- Monsen, J. T. (1997). Selvpsykologi og nyere affektteori. I S. Karterud & J. T. Monsen (Red.), *Selvpsykologi: Utviklingen etter Kohut* (s. 90-136). Oslo: Gyldendal.

- Monsen, J. T. (2015). Affect integration and levels of mental representation: Focused therapeutic intervention with the affect consciousness model. *Manuscript in preparation*, 1-40.
- Monsen, J. T. , Kallerud, J. E., & Eilertsen, D. E. (1999). *Multisenterdatabasen: Brukermanual med illustrasjoner av basen brukt som klinisk informasjonssystem, overføring av data til SPSS, samt data fra norsk referanseutvalg*. Tilgjengelig fra Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo.
- Monsen, J. T. , Monsen, K., Solbakken, O. A., & Hansen, R. S. (2008). *Affektbevissthetsintervjuet (ABI) og Affektbevissthetsskalaene (ABS): Instruksjoner for intervju og skåringskriterier*. Tilgjengelig fra Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
- Monsen, J. T., Eilertsen, D. E., Melgård, T, & Ødegård, P. (1996). Affects and affect consciousness: Initial experiences with the assessment of affect integration. *Journal of psychotherapy practice and research*, 5(3), 236-249. ISSN 1055-050X
- Monsen, J. T., & Monsen, K. (1999). Affects and affect consciousness: A psychotherapy model integrating Silvan Tomkins' affect- and script theory within the framework of self psychology. I A. Goldberg (Red.), *Pluralism in self psychology: Progress in self psychology* (s. 278-306). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Monsen, J. T., & Monsen, K. (2001). *Om følelsenes fenomenologi: Situasjoner som utløser spesifikke følelser, typisk opplevelse og adaptiv motivasjon. En presentasjon basert på Carroll Izards studier og egne kliniske observasjoner*. [Powerpointpresentasjon]. Oslo: Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo.
- Monsen, J. T., Ødegård, P., & Melgård, T. (1989). Major psychological disorders and changes after intensive psychotherapy: Findings from the Tøyen project, Oslo. *Psychoanalysis & Psychotherapy*, 7(2), 171-180.
- Monsen, J. T., & Solbakken, O. A. (2013). Affektintegrasjon og nivåer av mental representasjon: Fokus for terapeutisk intervensjon i Affektbevissthetsmodellen. *Tidsskrift for norsk psykologforening*(50), 738-749.
- Monsen, K., & Monsen, J. T. (2000). Chronic pain and psychodynamic body therapy: A controlled outcome study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 37(3), 257-269. Doi: 10.1037/h0087658
- Moyers, T. B., Miller, W. R., & Hendrickson, S. M. (2005). How does motivational interviewing work? Therapist interpersonal skill predicts client involvement within

- motivational interviewing sessions. *J Consult Clin Psychol*, 73(4), 590-598. Doi: 10.1037/0022-006x.73.4.590
- Nissen-Lie, H. A., Weie, H. O., & Wampold, B. E. (2013). Fellesfaktordebatt på ville veier. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 50(5), 489-491.
- Ogles, B. M., Lambert, M. J., & Masters, K. S. (1996). *Assessing outcome in clinical practice*. Boston: Allyn and Bacon.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Willutski, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (s. 307-393). New York: Wiley.
- Pascual-Leone, A. & Greenberg, L. S. (2007). Emotional processing in experiential therapy: Why "the only way out is through.". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 875. Doi 10.1037/0022-006X.75.6.875
- Pennebaker, J. W., & Seagal, J. D. (1999). Forming a story: the health benefits of narrative. *J Clin Psychol*, 55(10), 1243-1254. Doi: 10.1002/(SICI)1097-4679(199910)55:10
- Romano, M., & Peters, L. (2015). Evaluating the mechanisms of change in motivational interviewing in the treatment of mental health problems: A review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 38, 1-12. Doi: 10.1016/j.cpr.2015.02.008
- Ruiz-Sancho, E. M., Frojan-Parga, M. X., & Calero-Elvira, A. (2013). Functional analysis of the verbal interaction between psychologist and client during the therapeutic process. *Behav Modif*, 37(4), 516-542. Doi: 10.1177/0145445513477127
- Sachse, R. (1992). Differential effects of processing proposals and content references on the explication process of clients with different starting conditions. *Psychotherapy Research*, 2(4), 235-251. Doi: 10.1080/10503309212331333004
- Sachse, R., & Elliott, R. (2002). Process–outcome research on humanistic therapy variables *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (s. 83-115). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Shapiro, D. A. (1995). Finding out how psychotherapies help people change. *Psychotherapy Research*, 5(1), 1-21. Doi: 10.1080/10503309512331331106
- Slaby, J., & Stephan, A. (2008). Affective intentionality and self-consciousness. *Conscious Cogn*, 17(2), 506-513. Doi: 10.1016/j.concog.2008.03.007
- Sloan, D. M. (2006). The importance of emotion in psychotherapy approaches. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36(2), 59-60. Doi: 10.1007/s10879-006-9007-z

- Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American psychologist*, 32(9), 752-760. Doi: 10.1037/0003-066X.32.9.752
- Solbakken, O. A. (2013). Arbeid med følelser – Integrerende element i psykoterapi. I K. Benum, E. D. Axelsen & E. Hartmann (Red.), *God psykoterapi: Et integrativt perspektiv* (s. 142-171). Oslo: Pax forlag.
- Solbakken, O. A., Hansen, R. S., Havik, O. E., & Monsen, J. T. (2012). Affect integration as a predictor of change: Affect consciousness and treatment response in open-ended psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 22(6), 656-672. Doi: 10.1080/10503307.2012.700871
- Solbakken, O. A., Hansen, R. S., Havik, O., & Monsen, J. T. (2011a). Assessment of affect integration: Validation of the affect consciousness construct. *Journal of personality assessment*, 93(4), 257-265. Doi: 10.1080/00223891.2011.558874
- Solbakken, O. A., Hansen, R. S., & Monsen, J. T. (2011b). Affect integration and reflective function: clarification of central conceptual issues. *Psychother Res*, 21(4), 482-496. Doi: 10.1080/10503307.2011.583696
- Sorce, J. F., Emde, R. N., Campos, J. J., & Klinnert, M. D. (1985). Maternal emotional signaling: Its effect on the visual cliff behavior of 1-year-olds. *Developmental Psychology*, 21(1), 195-200. Doi: 10.1037/0012-1649.21.1.195
- Southam-Gerow, M. A., & Kendall, P. C. (2002). Emotion regulation and understanding: Implications for child psychopathology and therapy. *Clinical psychology review*, 22(2), 189-222. Doi: 10.1016/S0272-7358(01)00087-3
- Spitzer, R. L., Williams, J. B., Gibbon, M., & First, M. B. (1990a). *Structured Clinical interview for DSM-III-R Personality Disorders*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B., Gibbon, M., & First, M. B. (1990b). *User's guide for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant: a view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.
- Stiles, W. B. (2007). Theory-building case studies of counselling and psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 7(2), 122-127. Doi: 10.1080/14733140701356742

- Stiles, W. B., Honos-Webb, L., & Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(4), 439-458. Doi: 10.1111/j.1468-2850.1998.tb00166.x
- Stolorow, R. D., & Atwood, G. E. (1992). *Contexts of being: The intersubjective foundations of psychological life*. Hillsdale, England: Analytic Press, Inc.
- Stolorow, R. D., Brandchaft, B., & Atwood, G. E. (1987). *Psychoanalytic treatment: An intersubjective approach*. Hillsdale: Analytic Press.
- Tomkins, S. S. (1995). Script theory. I E. V. Demos (Red.), *Exploring affect. The selected writings of Silvan Tomkins*. New York: University of Cambridge Press.
- Tomkins, S. S. (2008). *Affect Imagery Consciousness: The complete edition. Volumes I and II*. New York: Springer Publishing Company.
- Town, J. M., Hardy, G. E., McCullough, L., & Stride, C. (2012). Patient affect experiencing following therapist interventions in short-term dynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 22(2), 208-219. Doi: 10.1080/10503307.2011.637243
- Ulvenes, P. G., Berggraf, L., Wampold, B. E., Hoffart, A., Stiles, T. C., & McCullough, L. (2014). Orienting patient to affect, sense of self, and the activation of affect over the course of psychotherapy with cluster C patients. *Journal of Counseling Psychology*, 61(3), 315-324. Doi: 10.1037/cou0000028
- Waller, E., & Scheidt, C. E. (2006). Somatoform disorders as disorders of affect regulation: a development perspective. *Int Rev Psychiatry*, 18(1), 13-24. Doi: 10.1080/09540260500466774
- Wampold, B.E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods, and Findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Whelton, J. (2004). Emotional processes in psychotherapy: evidence across therapeutic modalities. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(1), 58-71. Doi: 10.1002/cpp.392
- Wiseman, H., & Rice, L. N. (1989). Sequential analyses of therapist-client interaction during change events: a task-focused approach. *J Consult Clin Psychol*, 57(2), 281-286. Doi: 10.1037/0022-006X.57.2.281

Vedlegg 1: ARIF

Hovednivåer av affektrepresentasjon og intervensjonsfokus (ARIF)

	Representasjonsnivå	Intervensjonsfokus	Hensikt
1	<i>Scenisk:</i> Hendelser, sosial kontekst/roller	Hva skjer, hvem/hva er med i aktuelle scener	Tydeliggjøring av scener
2	<i>Semantisk</i> <i>affektrepresentasjon:</i> Hva en føler	Type affekt i scene	Følelesesinnhold/type opplevd følelse blir språklig begrepsfestet
3	<i>Affektbevissthet</i> 3.1 Oppmerksomhet 3.2 Toleranse 3.3 Emosjonell ekspressivitet 3.4 Begrepsmessig ekspressivitet	Affektoplevelse: 3.1 Kroppslige/ mentale kriterier 3.2 Virkning, håndtering, signalfunksjon 3.3 Nonverbale uttrykk 3.4 Verbale uttrykk	Oppnå integrert affektrepresentasjon ved å: 3.1 Utvide oppmerksomhetsfunksjonen 3.2 Øke affekttoleranse 3.3 Utvikle nonverbal affektrepresentasjon 3.4 Tydeliggjøre affektartikulering
4	<i>Script/mønster:</i> Automatisert organiserende aktivitet	Identifisere script/deler av script	Bevisstgjøring av automatisert beredskap, oppleve egen delaktighet i å forme egne erfaringer
5	<i>Selv-andre-representasjoner:</i> Som scriptkontekst	Kontekst for scriptdannelse: samspillserfaringer, selv-andre-representasjoner	Reorganisering av selv-andre-representasjoner, fremme innlevelse og selvavgrensning ved å integrere opplevelse av egen og andres affekt
6	<i>Ekspansjon:</i> Søke utfordring	Validering av vitale relasjoner/script-overskridelse	Oppnå overskridelseserfaringer, mestringsopplevelse, opplevelse av å være i utvikling

Note: Gjengivelse fra Monsen og Solbakken (2013)

Affektrepresentasjon og intervensjonsfokus (ARIF). Affektbevissthetsmodellen 6 nivåer. Hierarkisk organisert intervensjonsfokus basert på pasienters evne til å representere egne opplevelser.

Jon T. Monsen, Kirsti Monsen og Ole André Solbakken. Rev.sep-2012

19. Tydeliggjøring av scener

Arbeider for å få frem det imaginære – ved å:

- 1.a Få pasienten til å *fylle ut scenene*
- 1.b Undersøke hvordan *forløpet i scener* er
- 1.c Fokuserer på hva eller hvem som *danner figur og grunn i scenen* €
- 1.d Når andre tar figur – trekke frem *pasienten som figur* og undersøke *pasientens opplevelser*

2. Forsøke å få plassert det affektive i scenene og representert semantisk

- 2.a Undersøker/validerer *hvilke følelser* som *inngår*
- 2.b Undersøker/validerer *hvilke følelser* som *dominerer*
- 2.c Identifiserer evt. *affektive skiftninger* (€ hvordan en god scene snus til å bli negativ)

3. Undersøker/validerer de fire affektbevissthetsaspektene i forhold til hvor pasienten befinner seg i prosessen personlig refleksjon

- 3.1 Undersøker/validerer **oppmerksomhet**
 - 3.1.a Konkrete, *kroppslige* signaler
 - 3.1.b Symbolske, *stemningsbeskrivende* signaler
 - 3.1.c Ulike *nyanser* vedr. Intensitet eller kontekst
- 3.2 Undersøker/validerer **toleranse**
 - 3.2.a *Virkning* – Hva følelsen gjør med pasienten
 - 3.2.b *Håndtering* – Hva pasienten gjør med følelsen
 - 3.2.c Følelsens *signalfunksjon*
- 3.3 Undersøker/validerer **emosjonell ekspressivitet**
 - 3.3.a Grad av *vedståthet*
 - 3.3.b Grad av *nyansering*
 - 3.3.c Grad av *desentrering*
 - 3.3.d *Interpersonlige virkninger* av pasientens emosjonelle uttrykk
- 3.4 Undersøker/validerer **begrepsmessig ekspressivitet**
 - 3.4.a Om og *hvordan* følelsesaspektet i opplevelsen *artikuleres*
 - 3.4.b Pasientens *begrepsmessige repertoar*, dvs. Hvor dekkende, innholdsmettede eller nyanserte begreper vedkommende har
 - 3.4.c Opplevelse av *valg*, evt. hva som gjør at pasienten ikke forteller andre hva han/hun opplever
 - 3.4.d *Interpersonlige virkninger* av pasientens artikulerte uttrykk

4. Identifisering av script, evt. sentrale deler av script

- 4.a Undersøker/validerer *script – mønster*, dvs. Underliggende regler for organisering av

scener og sammenkoblinger av scener

4.b Ser etter nye *analoger* og utforsker disse for hver gang de dukker opp

5. Kontekstualisering av script/undersøker selv-andre-representasjoner

Script/deler av script relateres til formativ kontekst på måter som gir mening til pasienters affektoplevelser og som kan utfordre eksisterende selv-andre-representasjoner

5.a Undersøker/validerer hva som *utløser* scriptet i formativ kontekst

5.b Undersøker/validerer hvordan har *andre bidratt til å skape dette mønstret* av affektorganisering, € ved å visualisere formative scener, hvem som inngår og spesielt hvordan den affektive kommunikasjonen foregår

5.c Undersøker/validerer *pasientens opplevelse/bilder av betydningsfulle andre/selv* på måter som også kan inkludere følelser som habituell immobiliseres av scriptet som bekrefter eller utfordrer eksisterende bilder av selv/andre

5.d Undersøker/validerer hvordan scriptet danner *nye analoger* til tidligere formative scener

5.e Undersøker/validerer *dynamikken og pasientens egen delaktighet i opprettholdelse av scriptet*

5.f Tydeliggjøring av *scriptet i terapirelasjonen*, undersøker også hvordan terapeuten bidrar til aktivering av scriptet (€ empatisk svikt)

6. Undersøker/validerer vitale relasjoner/scriptoverskridelse

6.a Undersøker/validerer pasientens *opplevelse av relasjoner* med andre som beskrives som *bekreftende eller vitaliserende*

6.b Utfordrer til *overskridelse/endring av script* ved å studere gjensvar i nye kontekster etter scriptoverskridelse

Affektkategori (AK)	Relasjonstema (RK)
1. Interesse	1. Samboer/ektefelle
2. Glede	2. Kjæreste (som ikke er samboer eller ektefelle)/ekskjæreste
3. Frykt	3. Mannlige venn(er)
4. Sinne	4. Kvinnelige venn(er)
5. Forakt	5. Sønn(er)
6. Avsky	6. Datter (døtre)
7. Skam	7. Mor (stemor/pleiemor)
8. Tristhet	8. Far (stefar/pleiefar)
9. Sjalusi	9. Foreldre
10. Skyld	10. Søster (søstre, halv-hel)
11. Ømhet	11. Bror (brødre, halv-hel)
13. Følelser generelt	12. Andre i familien (beskriv)
14. Følelser generelt	13. Naboer
15. Udifferensiert behagelig	14. Arbeidskollegaer
16. Udifferensiert ubehagelig	15. Terapeut
17. Uklar	16. Selv
	17. Annet (beskriv)
	18. Blandet (spesifiser)
	19. Relasjon generelt (eller uklart hvem)

Vedlegg 2: Affektbevissthetsskalaene med skåringskriterier

SKALA 1: OPPMERKSOMHET

Oppmerksomhetsfunksjonen er utvelgende, og graderingene omhandler personens evne til å legge merke til, gjenkjenne og iaktta egne følelsesreaksjoner.

1. UTEN FOKUSERING:

- * Klarer ikke å velge ut opplevelseskvaliteter ved F.
- * Svært vanskelig for å gjenkjenne eller beskrive en situasjon hvor F forekommer, evt. kun imaginære scener.
- * Innstilthet/holdning: Aktiv uoppmerksom.

2. BRUDD I OPPMERKSOMHET

- * Brudd i oppmerksomhetsfunksjonen.
- * Relevant scene, men ingen, eller kun irrelevante kroppslige/ mentale kriterier.
- * Annen opplevelsestilstand (f.eks. depresjon) eller andre F tar konsekvent figur i dagliglivets scener og skaper brudd i oppmerksomhetsfunksjonen. Kan kun angi relevante scener og kriterier tilbake i tid.

3. UKLAR FOKUSERING:

- * Kan velge ut F, men fokuseringen er uklar. Ikke direkte irrelevant, men kunne være andre F eller opplevelsestilstander (for eksempel depresjon).
- * Udifferensierte oppmerksomhetssignaler, f.eks. sammenblanding mellom F og den assosierte situasjonen F aktiveres i.
- * Oppmerksomhetssignalet (ene) blir konkret atferdsbeskrivelse.
- * Innstilthet/holdning: Overfladisk fokusering.

4. BEGRENSET FOKUSERING

- * Oppmerksomhet begrenset kun til ekstrem intensitet av F. (Skår 4 selv om både kroppslig og mentalt kriterium)
- * Klarer å oppnå fokusering av ett relevant kriterium for F, men blander sammen med andre F eller opplevelsestilstander.
- * Oppmerksomhet begrenset til meget sjeldne eller uvanlige anledninger. Reflekterer ikke typisk funksjon i dagliglivet.

5. TYDELIG FOKUSERING:

- * Klarer å oppnå tydelig fokusering av minst en opplevelseskvalitet ved F uten å blande sammen med andre F.
- * Innstilthet/holdning: Prøver å oppnå fokusering.

6. KROPPSLIG OG MENTAL FOKUSERING

- * Minst et kroppslig konkret signal og et som beskriver mentale prosesser (tanker, stemninger, symboler).
(Sjekk 4)

7. NYANSERT FOKUSERING

- * Minst tre ulike nyanser eller typer av oppmerksomhetssignaler

8. NYANSERT FOKUSERING KNYTTET TIL INTENSITET ELLER KONTEKST:

- * Tilkjennegir flere gode oppmerksomhetssignaler knyttet til intensitet eller kontekst:
 - minst to ulike intensiteter som viser ulike nyanser ved F, eller vedrørende sosial kontekst:
 - ulike nyanser ved F sees i forhold til ulike kontekster uten at kontekst forstyrrer fokus på F.
- * Innstilthet/holdning: Beholder tydelig og nyansert fokus.

9. FOKUSERING, KONSENTRASJON OG ÅPENHET:

- * Kjenner mange overganger og nyanser ved F, samt viser åpenhet for variasjon og nye nyanser ved F.
 - Nyansekrav:
Oppmerksomhetssignalene kan ligge på ulike nivåer av opplevelse som f.eks. både et konkret kroppslig og et symbolsk stemningsbeskrivende.
 - Åpenhet:
God fokusering og samtidig åpenhet for F-signaler, f.eks. åpenhet både i forhold til seg selv og andre.
- * Innstilthet/holdning: Fokusering, konsentrasjon samt åpenhet og fleksibilitet.

SKALA 2: TOLERANSE

Toleranse omhandler personens evne til å la følelsene virke på seg, la seg bevege, og gjennom dette ta inn følelsenes stemningsmessige innhold. Toleranse for affekt er en forutsetning for å kunne dekode følelsesmessig informasjon.

1. AVSPALTER:

- * Personen opplever eller tror ikke at F har noen påvirkning. Lar F være verdiløs, og lar seg ikke bevege og påvirke av F.
- * F angår ikke personen selv i særlig grad.
- * Avspalter stemningsinnholdet, tåler ikke stemningen.
- * Personen vil på grunn av sitt manglende forhold til F kunne bli "identisk med" F når den aktiveres (jeg'et mangler et forhold til meg'et). "Laster av seg følelsen" på andre, f. eks. via emosjonell smitte og/eller projeksjon.
- * Innstilthet/holdning: "Ikke meg", eller F er verdiløs.

2. AFFEKTBRUDD, OVERVELDELSE eller UTAGERING

Avbrutt affekt, men ikke helt umiddelbart

- * Overveldelse: blir lammet av F eller offer for F-tilstand der en ikke kan nyttiggjøre seg motivasjonsaspektet
- * Utagering: blir styrt av F uten å ha kontroll, drevethet
- * Aktiv avsporing, tenke på noe annet, mangler kontroll.

3. UNDERTRYKKER:

- * Kan kjenne og innrømme at F virker i seg, men prøver konsekvent å unngå denne virkningen. Sterk kontroll.
- * Lar seg lite affisere av F i intervjusituasjonen.
- * Tåler i en viss grad F. men f virker lite vedstått i personens intrapsykiske forhold til seg selv.
- * Kan la F virke på seg når alene, men andres tilstedeværelse fører til undertrykking eller brudd.
- * Innstilhet/holdning: Unngåelse, med sterk kontroll.

4. AMBIVALENT, UJEVN

- * Kan enkelte ganger la F virke på seg med adaptivt motiverende virkning, men andre ganger noe overveldet eller klar undertrykking av F.
- * Kan la F virke inn på seg, men virkningen kan evt. forstyrres av andre F
- * Kan la F virke på seg, men klart begrenset i varighet, intensitet eller kontekst.

5. AKSEPTERER:

- * Kan vanligvis kjenne virkningen, la seg bevege og kjenne seg ett med følelsesinnholdet, men ikke konsekvent.
- * Affiseres noe av F i intervjusituasjonen.
- * Innstilhet/holdning: Kan la F virke inn på seg.

6. ADAPTIVT MOTIVERENDE VIRKNING

- *F får en adaptivt motiverende eller regulerende virkning, men uten at signalverdien er klar.

7. ANERKJENNER:

- * Kan i stor grad romme virkningen av F og ta inn stemningsinnholdet.
- * Følger signalverdien eller informasjonen i F slik at følelsesinnholdet fører til hensiktsmessige handlingskonsekvenser (F gir retning til hva personen vil gjøre).
- *Bruker F som selvsignal-i betydningen: kjenner F som sin egen genuine reaksjon og tillegger F verdi.
- *Gir eller forsterker opplevelse av personlig integritet (selvavgrensning).
- NB! F. eks. kan god toleranse føre til at personen vil gjøre noe for å påvirke kilden til angst, skam, etc. Å følge signalverdien i F kan føre til handlinger som igjen reduserer intensiteten i F uten at dette skyldes mangel på toleranse, kanskje tvert imot.
- * Innstilhet/holdning: Tåler og rommer virkningene av F, tar konsekvenser.

8. REFLEKSJON SELV-ANDRE

*F tydeliggjør bilde av en selv og/eller objektet for F (F reaksjonen kan tilføre informasjon om hvem en selv/andre er).

* Bruker F som signal og reflekterer over egne og andres intensjoner / interpersonlige motiver

9. AKTIV VERDITILEGNELSE:

* Åpner seg for virkningene av F og tillegger dette verdi.

* Affektbevegelsene fører til refleksjon der f.eks. følelsen omsettes i bilder.

* Åpenhet for virkningene på en måte som gjør at personen får nye informasjonsaspekter opp i seg.

* F kan tilføre noe nytt eller endre forestillinger, forventninger eller trossystemer, objekter eller relasjonen selv/andre, andre/andre.

* Innstilthet/holdning: Opplevd refleksjon - åpenhet for at F kan forandre selvets innhold, selv om dette også kan være konfliktfylt intrapsykisk eller interpersonlig.

SKALA 3: EMOSJONELL EKSPRESSIVITET

Dimensjonen emosjonell ekspressivitet handler om i hvor stor grad personen rent atferdsmessig kan gi tydelige og nyanserte følelsesuttrykk i form av synlige bevegelser, mimikk, kroppsholdning, pust og stemmebruk.

Stikkord:

Vedståthet: Dvs. å kunne være seg selv utad i ulike sosiale sammenhenger.

Nyansering: Register eller bredde i nyanser av ekspressive bevegelser.

Differensiering: Variasjon i uttrykk i samsvar med ulike kvaliteter i relasjon.

1. IKKE VEDSTÅTT ELLER DIREKTE IRRELEVANT UTTRYKK:

* Vil ikke at F skal synes, bestreber seg aktivt på avsporing, eller trekker seg fra andre/situasjonen.

* Personen motvirker den ekspressive bevegelsen via fiksering, dødgjøring eller aktiv avsporing.

* Benektning evt. avløst med agering eller utagering.

* Innstilthet/holdning: Ønsker ikke/ kan ikke vise andre F.

2. AVBRUTT ELLER ELLER KUN INTENST OG UNYANSERT UTTRYKK

* Påbegynt uttrykk avbrytes

* Eller: Utagering/ drevethet i uttrykket, intenst, manglende kontroll

* Andre F dominerer uttrykket.

* Viser F kun unntaksvis, og da unyansert / utydelig

* Innstilthet/ holdning: Ønsker ikke vise F. (Evt: Vet allikevel at og hvordan den aktuelle F vises – kan være global beskrivelse, men ikke direkte irrelevant.

3. LAV GRAD VEDSTÅTT / UTYDELIG:

- * Forsøk på fordreining eller forstillelse/uttrykket uklart, bremses eller intellektualiseres.
- * Andre F forstyrrer uttrykket.
- * Noe stereotyp og uddifferensiert uttrykk, også m. h. t. den kontekst uttrykket hører hjemme i.
- * Kan kun vise F i ettertid, eller til andre enn objektet for F.
- * Innstilhet/holdning: F vises, men noe motvillig, til tross for. (Uttrykket kan være noe utydelig, globalt).

4. AMBIVALENT:

- * Kan enkelte ganger vedstå seg uttrykket, og da med minst et tydelig kjennetegn på hvordan F uttrykkes.
- * Vedstås kun ved høy intensitet av F, noe impulsivt drevet –tydelig uttrykk, men vanligvis konfliktfylt
- * Mangler formidlingsønske, har enkelte ganger heller ikke noe imot at F vises

5. VEDSTÅTT- (noe feltavhengig):

- * Kan i rimelig grad vedstå seg F utad, men dette er betinget av sosial aksept fra andre.
- * Kan vise uttrykket tydelig og med ønske om å bli oppfattet.
- * Minst et tydelig kjennetegn på hvordan F uttrykkes.
- * Innstilhet/holdning: Feltavhengighet.

6. VEDSTÅTT

- * Lite feltavhengig og tydelig vedstått, få nyanser, men klart og konkret uttrykk.

7. VEDSTÅTT OG NYANSERT:

- * Minst tre ulike nyanser eller varianter av emosjonell ekspressivitet.

8. NYANSERT UTTRYKK KNYTTET TIL INTENSITET ELLER KONTEKST

- * Stabil evne til å vedstå seg uttrykket. Tør om nødvendig å vise F relativt uavhengig av andres aksept.
- * Angir flere nyanser (minst to) betinget av variasjon i intensitet eller kontekst.
- * Innstilhet/holdning: Ønsker å uttrykke seg adekvat.

9. NYANSERT, DIFFERENSIERT:

- * Høy grad av bevegelse, tydelighet og vedståthet med bevisst opplevelse av valg og ansvar i forhold til sitt eget F-uttrykk.
- * Personen har høy grad av bevissthet om sitt eget F-uttrykk og er samtidig oppmerksom på i hvor stor grad uttrykket når inn hos andre Eller hvordan uttrykket oppfattes av andre.
- * Innstilhet/holdning: Desentrert åpenhet.

SKALA 4: BEGREPSMESSIG EKSPRESSIVITET

Begrepsmessig ekspressivitet forutsetter på at personen har dannet seg begreper om sine følelsesmessige opplevelser. Dette omhandler bl. a. at en lærer å sortere opplevelser/erfaringer i bestemte kategorier, etter bestemte regler, og etter ulike grader av

kompleksitet og nyansering. Kategoriene nedenfor baserer seg på i hvor stor grad personen kan bruke innholdsmettede, fulle og nyanserte begreper i beskrivelsen av egne følelser.

1. LØS KATEGORISERING:

- * Unøyaktig og løs klassifisering av F, lav assosiasjon til eget erfaringsinnhold.
- * Finner vanskelig verbalt uttrykk for F som kan brukes i relasjon.
- * Mangel på verbalt uttrykk eller holder F-uttrykket konsekvent tilbake.
- * Innstilthet/holdning: Ønsker ikke/kan ikke formidle F.

2. AVBRUTT ELLER KUN INTENSIT OG UNYANSERT UTTRYKK

- * Uttrykket avbrytes, evt. ved å snakke om noe annet
- * Utagering/ drevethet i uttrykket, intensit, manglende kontroll;
- * Uttrykker seg kun unntaksvis med grov kategorisering eller indirekte
- * Innstilthet/ holdning: Ønsker ikke å artikulere F, (Evt: vet at en glipper og må si noe allikevel)

3. GROV KATEGORISERING/ INDIREKTE UTTRYKK:

- * Konkret begrepsbruk, beskriver scene.
- * Kategoriserer F, men blander sammen med andre F.
- * Utrykker F gjennom å karakterisere andre personer.
- * Sjablongaktig begrepsbruk.
- * Fordreining eller forstillelse
- * Kan bare fortelle om F i ettertid, eller til andre enn objektet for F.
- * Innstilthet/holdning: Unnvikende, problematisk eller litt naiv, egosentrisk.

4. AMBIVALENT

- * Kan enkelte ganger uttrykke F verbalt i relasjon (tydelig), men venter vanligvis til senere.
- * Kun vedstått artikulering av F ved høy intensitet av F.

5. KLAR KATEGORISERING, NOE FELTAVHENGIG:

- * God differensiering av klasse (F1 – F11), og assosierer denne til eget erfaringsinnhold.
- * Anvender minst ett begrepskjennetegn ved F og gir vanligvis verbalt uttrykk for F i relasjon med andre.
- * F uttrykkes i aktuell situasjon/ relasjon (venter vanligvis ikke til senere).
- * Innstilthet/holdning: Tydelig, men feltavhengig.

6. KLAR KATEGORISERING, LITE FELTAVHENGIG

- * Lite feltavhengig og tydelig begrepsbruk, men få nyanser.

7. NYANSERT OG TYDELIG BEGREPSBRUK:

- * Minst tre ulike nyanser eller varianter av begrepmessig ekspressivitet.

8. NYANSERT BEGREPSBRUK KNYTTET TIL INTENSITET ELLER KONTEKST:

- * Kan i ulike sammenhenger velge begrepsuttrykk som tilkjenner at informasjonsaspektet i F

definerer kvaliteten i relasjon selv/andre/situasjon.

- * Uttrykker minst to nyanser ved F betinget av kontekst, f. eks. nære/perifere relasjoner.

- * Innstilthet/holdning: Tør bruke/vedstå seg informasjonsaspektet ved F i relasjonen.

9. HØY GRAD AV DIFFERENSIERT OG NYANSERT BEGREPSBRUK:

- * Åpne, tydelige og nyanserte begreper.

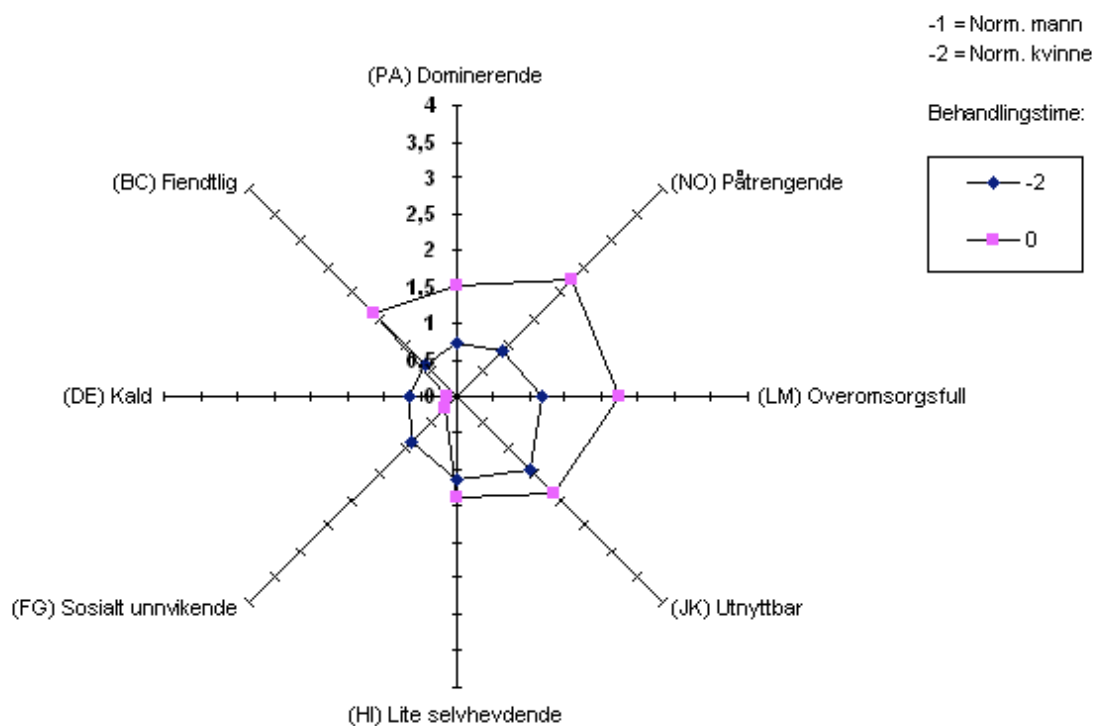
- * Viser evne til utprøvning av begrepenes informasjonsverdi.

- * Kan tilpasse, og søker eventuelt å finne nye uttrykksformer (begreper, metaforer, bilder) som øker

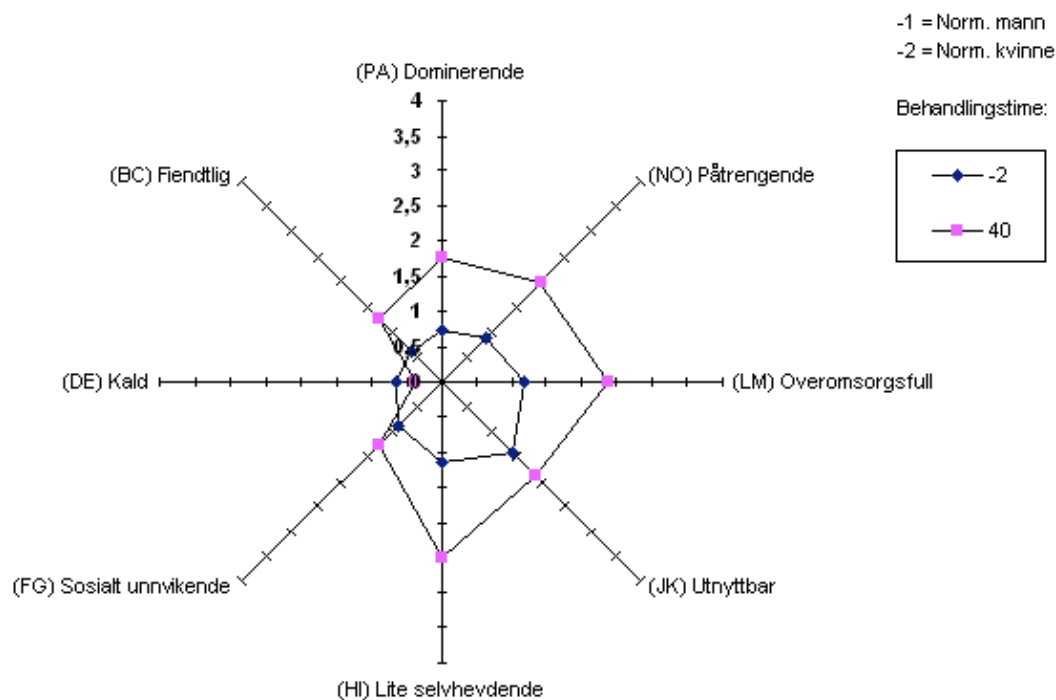
sannsynligheten for at informasjonen når fram.

- * Innstilthet/holdning: Differensiert desentrering.

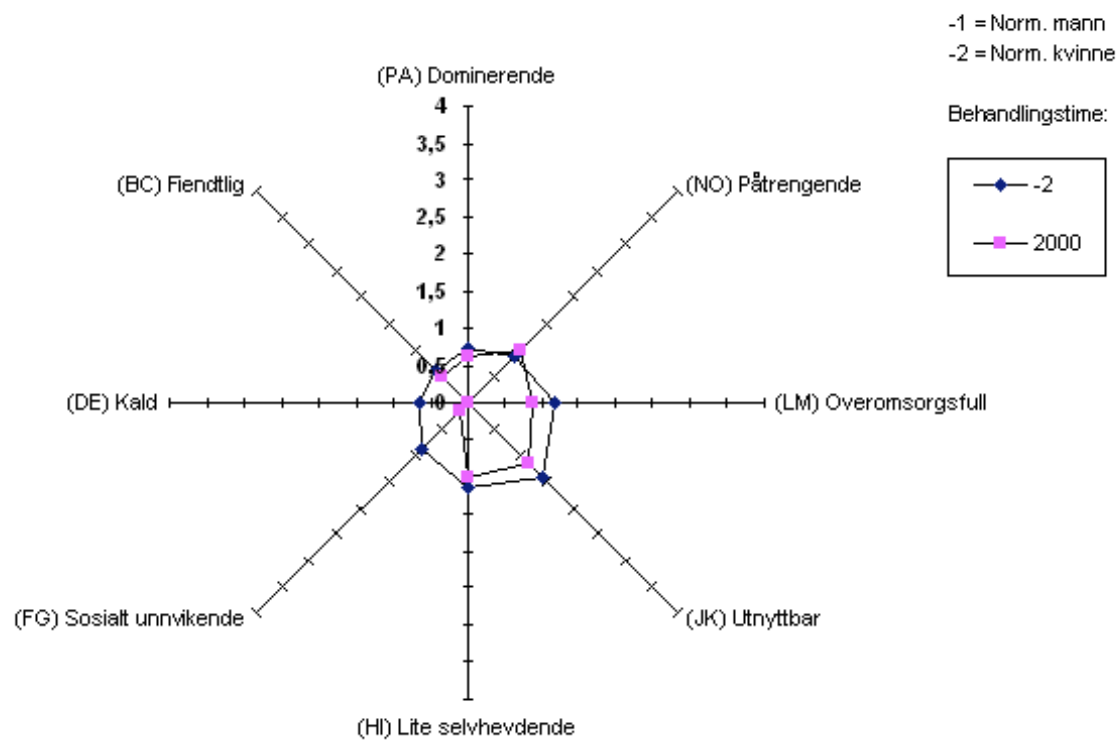
Vedlegg 3: IIP-profiler



Figur 1. IIP-profil ved terapistart.



Figur 2. IIP-profil ved time 40.



Figur 3. IIP-profil ved avslutning.

Vedlegg 4: Interaksjonssekvenser

Uthevninger angir tall som er vist til i hovedtekst.

Tabell 1. T-P- og P-T-sekvenser

Terapeutfokus	Pasientrespons			Pasientfokus	Terapeutrespons		
	-	=	+		-	=	+
1. Scene	0 %	42 %	58 %	1. Scene	0 %	51 %	49 %
2. Affekt i scene	17 %	31 %	52 %	2. Affekt i scene	6 %	63 %	31 %
3. Affektbevissthet	15 %	62 %	23 %	3. Affektbevissthet	9 %	74 %	17 %
4. Script	34 %	38 %	27 %	4. Script	12 %	66 %	22 %
5. Konsekstualisering	25 %	64 %	11 %	5. Konsekstualisering	14 %	75 %	11 %
6. Overskridelse	34 %	66 %	0 %	6. Overskridelse	36 %	64 %	0 %
Total	22 %	55 %	22 %	Total	15 %	68 %	17 %

Note: Minustegn viser til respons på et lavere nivå, er-lik-tegn viser til respons på samme nivå, plusstegn viser til respons på høyere nivå. Prosenttallene er oppgitt radvis.

Tabell 2. P1-T-P2-sekvenser på tvers av fokusnivåer

		Forskjell mellom pasientens første og andre representasjonsnivå		
		P2 < P1	P2 = P1	P2 > P1
Terapeutintervensjon	T < P1	67 %	26 %	6 %
	T = P1	14 %	73 %	12 %
	T > P1	8 %	13 %	79 %

Note: P2 < P1 tilsier at Ps andre tur er på et lavere fokusnivå enn den første, P2 = P1 tilsier at Ps første og andre tur er på samme fokusnivå og P2 > P1 tilsier at pasientens andre tur er på et høyere nivå enn den første. T < P1 tilsier at Ts respons er på lavere nivå enn Ps første, osv.

Tabell 3. T1-P-T2-sekvenser på tvers av fokusnivåer

		Forskjell mellom terapeutens første og andre intervensjonsfokus		
		T2 < T1	T2 = T1	T2 > T1
Pasientrespons	P < T1	69 %	25 %	7 %
	P = T1	22 %	58 %	20 %
	P > T1	5 %	20 %	75 %

Note: T2 < T1 tilsier at Ts andre tur er på et lavere fokusnivå enn den første, T2 = T1 tilsier at Ts første og andre tur er på samme fokusnivå og T2 > T1 tilsier at Ts andre tur er på et høyere nivå enn den første. P < T1 tilsier at Ps respons er på lavere nivå enn Ts første, osv.

Vedlegg 5: Utvikling i affektbevissthetsskårer

Tabell. Affektbevissthetsskårer for frykt på tvers av timer.

AB-aspekt	Time									
	2	9	17	30	40	54	63	71	78	88
Oppmerksomhet	4 (3)	3 (4)	4 (6)	4 (1)	4 (2)	3 (4)	3 (3)	4 (5)	5 (6)	
Toleranse	2 (25)	2 (8)	4 (7)	2 (8)	4 (22)	3 (16)	3 (2)	5 (15)	5 (20)	6 (10)
Ekspressivitet	2 (3)				2 (3)	3 (3)		4 (6)	5 (1)	7 (2)

Note: Tallene i parentes angir antall skårer gjennomsnittsskåren er basert på.